

"TRATAMIENTO JURIDICO PENAL DE LA DROGADICCION  
O NARCODEPENDENCIA EN LA LEY 1008"

Asesor: DR. José Ma. Rivera.

Postulante al titulo de Licenciatura en Derecho

Grether Martha Catacora Alvarado

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

CARRERA DE DERECHO

LA FAZ, ABRIL DE 1989

00508

82 ✓

000727



A mis pequeños hijos  
Daniel y Bruno Raúl.

000727



Al destacado Profesor Dr. José Ma. Rivera, por su valiosa cooperación en la elaboración de la presente Tesis, mi reconocimiento.

000727

Al ilustre Profesor Dr.  
Walter Flores Torrico, por su  
eminente guía y cooperación,  
mi gratitud.



000727

"TRATAMIENTO JURIDICO PENAL DE LA DROGADICCION  
O NARCODEPENDENCIA EN LA LEY 1008"

CAPITULO I

ASPECTOS DOCTRINALES CON REFERENCIA A LA  
DROGADICCION

|    |   |       |
|----|---|-------|
| 1. | El derecho Penal y la drogadicción.....               | 11-17 |
| 2. | La drogadicción en la ciencia<br>criminológica .....  | 17-22 |
| 3. | Drogadicción y política criminal.....                 | 22    |
| 4. | Coyuntura entre drogadicción y<br>victimología.....   | 22-35 |
| 5. | La drogadicción captada por la<br>Medicina Legal..... | 35-36 |

CAPITULO II

EL PROBLEMA SOCIO POLITICO DE LAS DROGAS EN LAS  
INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

|    |  |       |
|----|--|-------|
| 1. | Objeto y motivos del estudio.....                      | 37-38 |
| 2. | Las drogas en las instituciones<br>penitenciarias..... | 38-43 |
| 3. | Trabajos del Consejo de Europa.....                    | 43-48 |
| 4. | Estudios recientes.....                                | 48-56 |

CAPITULO III

PROYECTO MONTAÑO SOBRE EL CONSUMO ILICITO  
DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

|    |                                  |       |
|----|----------------------------------|-------|
| 1. | De la prevención en general..... | 57-59 |
| 2. | Del Organó Administrativo.....   | 59-68 |
| 3. | Área educativa.....              | 68-75 |
| 4. | Área de Salud.....               | 75-79 |



|    |                           |       |
|----|---------------------------|-------|
| 5. | Área de Comunicación..... | 74-83 |
| 6. | Área Social.....          | 83-84 |

#### CAPITULO IV

### ANALISIS DE ALGUNOS ASPECTOS QUE CONTEMPLA LA LEY 1008

|    |  |       |
|----|--|-------|
| 1. | Aspectos legales del consumo de drogas.....  | 85-91 |
| 2. | Análisis exhaustivo de las posibilidades que se pueden presentar en las figuras de instigación, inducción, suministros y consumo o tenencia para el consumo..... | 91-94 |

#### CAPITULO V

### EL DROGADICTO O FARMACODEPENDIENTE Y EL ADICTO DELINCUENTE

|      |  |         |
|------|--|---------|
| 1.   | Concepto de droga o fármaco.....   | 95      |
| 2.   | Que se entiende por tolerancia.....  | 97      |
| 3.   | La dependencia física.....   | 97      |
| 4.   | La dependencia psíquica.....   | 97      |
| 5.   | La dependencia química o farmacodependencia.....                               | 98      |
| 6.   | Etiología y terapéutica del estrictamente drogadicto o farmacodependiente..... | 98      |
| 6.1. | Terapéutica.....   | 102-104 |
| 6.2. | La terapia antidroga.....  | 104-107 |
| 6.3. | Las terapias hospitalarias y ambulatorias.....                                 | 107-109 |
| 6.4. | La psicoterapia.....   | 109-111 |

|      |   |         |
|------|---|---------|
| 6.5. | La hospitalización y sus problemas...                 | 111-114 |
| 6.6. | Crítica a la hospitalización indis-<br>criminada..... | 115-116 |

CAPITULO VI

**EFFECTOS DE LAS DROGAS EN SUS ASPECTOS PSIQUICOS  
Y FISICOS**

|        |  |         |
|--------|--|---------|
| 1.     | Los efectos de las drogas según la<br>psiquiatría..... | 117     |
| 2.     | Clasificación de la psiquiatría.....                   | 117-118 |
| 2.1.   | Efectos.....   | 118     |
| 2.1.a. | Morfinismo.....  | 118-122 |
| 2.1.b. | Opiumismo.....   | 122-123 |
| 2.1.c. | Cocainismo.....  | 123-127 |
| 2.1.d. | Basuco.....  | 127-128 |
| 2.1.e. | Crack.....   | 128-129 |
| 2.1.f. | Mariguana.....   | 129-132 |

CAPITULO VII

**PROBLEMA DEL TRATAMIENTO, REHABILITACION Y  
REINSERCIÓN SOCIAL EN EL REGLAMENTO DE  
LA LEY 1008**

|    |                          |         |
|----|--------------------------|---------|
| 1. | Análisis pertinente..... | 133-137 |
|----|--------------------------|---------|

CAPITULO VIII

**PROBLEMA DEL TRATAMIENTO, REHABILITACION Y  
REINSERCIÓN SOCIAL EN EL REGLAMENTO DE  
LA LEY 1008 (continuación)**

|    |                          |         |
|----|--------------------------|---------|
| 1. | Análisis pertinente..... | 138-142 |
|----|--------------------------|---------|



#

CAPITULO IX  
CONVENCION DE VIENA

|    |                                   |         |
|----|-----------------------------------|---------|
| 1. | Consideraciones preliminares..... | 143-146 |
| 2. | Definiciones.....                 | 146-149 |
| 3. | Delitos y sanciones.....          | 149-157 |
|    | CONCLUSIONES.....                 | 158     |
|    | ANEXOS                            |         |
|    | BIBLIOGRAFIA                      |         |

## INTRODUCCION

La farmacodependencia se ha constituido en la actualidad en uno de los mayores desafíos a la salud pública internacional, según estadísticas se evidencia que no es un mal que ataca exclusivamente a naciones altamente desarrolladas, sino también, a países en desarrollo como es el nuestro.

La narcodependencia, desconocida en nuestro país hasta hace algunos años, ha comenzado a expandirse peligrosamente, alcanzando índices elevados de farmacodependientes y peor aún este flagelo del consumo de drogas ha comenzado hace algún tiempo a afectar a lo máspreciado que tiene el país y que lo constituyen nuestros niños y jóvenes a los cuales indudablemente tenemos el deber ineludible de proteger.

En este entendido la política gubernamental ha hecho posible la promulgación de una legislación sui generis en la historia de la Ley Penal Especial para el control de sustancias peligrosas, la legislación boliviana se refiere a la Ley que comprende tanto el régimen de la coca, como las sustancias controladas bajo el denominativo de: "Ley del Régimen de la Coca y Sustancias Controladas" de fecha 22 de julio de 1988 bajo el número 1008.

La drogadicción no es en sí un delito, sino un problema del ejercicio médico, pero evidentemente la especificidad misma del consumo de drogas tiene que estar bien delimitada en la Ley y sin llegar al casuismo, tiene que procurar abarcar las distintas

situaciones a que se presentan en la realidad.,  
además, es propósito de la presente Tesis aplicar a  
nuestra economía jurídico penal los principios  
enunciados por el humanitarismo adoptado por la  
justicia mundial.

"TRATAMIENTO JURIDICO PENAL DE LA DROGADICCION  
O NARCODEPENDENCIA DE LA LEY 1008"

CAPITULO I  
ASPECTOS DOCTRINALES CON REFERENCIA EN LA  
DROGADICCION

1. El Derecho Penal y la Drogadicción.

En nuestro ordenamiento jurídico penal tenemos el Art. 6 que se refiere a la colisión de Leyes y que se enuncia de la siguiente manera: "Si la misma materia fuere prevista por una Ley o disposición especial y por una Ley o disposición de carácter general, prevalecerá la primera en cuanto no dispusiere lo contrario"<sup>(1)</sup>. Esta disposición del Código en materia de estupefacientes dá lugar a la siguiente reflexión: la disposición especial, prevalece frente a la disposición general en el caso concreto de dicho artículo 62 del Código Penal, dado el hecho jurídico de que la Ley general que es el Código Penal no contradice a la Ley especial que es la Ley 1008 que se denomina "Ley del Régimen de la Coca y Sustancias Controladas", que viene a ser la Ley de 19 de julio de 1.988. No se contradice esta Ley especial por cuanto la Ley general que es el Código penal dispone en su artículo 217 entre las tipificaciones de los

---

<sup>1)</sup> BOLIVIA: Código Penal boliviano, Empresa Editora "Urquiza S.A." La Paz, pg. 19.



delitos contra la salud pública bajo el nombre jurídico de: "Violación de Ley de Estupefacientes" lo que sigue: El que violare las disposiciones de la ley especial de estupefacientes, será sancionado con privación de libertad de uno a siete años y multa de treinta a quinientos días<sup>(2)</sup>. Esta disposición es una sui generis norma que remite a la ley especial de estupefacientes al que viola dicha ley especial, sin embargo, señala una penalidad que no está de acuerdo con lo dispuesto con la ley especial.

Como el Derecho Penal en cuanto a su normatividad esta contenido tanto en la ley general que es el Código Penal como en la Ley especial que es la Ley de Sustancias Peligrosas, tenemos que remitirnos precisamente a la ley especial y como no hay ninguna divergencia ni contradicción ni menos pugna entre las dos disposiciones, hacemos prevalecer la primera por cuanto la ley general no dispone lo contrario. Y además ha sido expresamente derogado el Art. 217 del C.P. Tratándose entonces de una ley que rige todos estos aspectos jurídico-penales referidos a la drogadicción indicaremos que nuestro Código Penal no contempla nada absolutamente referente a dicho tema.. empero debemos referirnos al título II de la Ley 1008 que es la que se especifica en su capítulo I la terminología relacionada a sustancias controladas o narcotizadas. Así tenemos el vocablo consumo, por

---

<sup>2)</sup> BOLIVIA: Código Penal Boliviano, Empresa Editora "Urquiza S.A."  
La Paz, pg.90.

consumo se entiende el uso ocasional periódico, habitual o permanente de sustancias controladas de las listas I, II, III y IV, las mismas que se refieren al anexo de la Ley del Régimen de la Coca y Sustancias Controladas que involucra estupefacientes y psicotrópicos, según aparece en la Ley de la Gaceta Oficial de Bolivia No 1558.

La Lista I se ha tomado sobre estupefacientes y psicotrópicos que se rigen por las Convenciones de Estupefacientes de 1961 y del Convenio sobre sustancias psicotrópicas, con inclusión de todas las modificaciones introducidas por la Comisión de Estupefacientes en vigor desde el 19 de septiembre de 1.987.(ANEXO 1)

La Lista No II en la que se encuentran enumerados los estupefacientes de la lista I de la Convención de Estupefacientes de 1.961 y las modificaciones del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas y sus modificaciones vigentes desde el 19 de septiembre de 1.987 que se encuentra en la lista No II referida, a estupefacientes (ANEXO 2).

En la Lista No III se encuentran enumerados los estupefacientes de la Lista II de la Convención de Estupefacientes y los psicotrópicos de las listas III del Convenio sobre sustancias psicotrópicas y sus modificaciones vigentes desde el 19 de septiembre de 1.987(ANEXO 3).

Y la Lista No IV en la que se encuentran enumerados los Estupefacientes de la Lista III de

la Convención de Estupefacientes de 1.961 y de la Lista IV del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas y sus modificaciones vigentes desde el 19 de septiembre de 1.987 (ANEXO 4).

Por rehabilitación del consumidor, se entiende la readaptación bio-sico-social del consumidor,

para su reincorporación de su actividad normal en sociedad.

Por mandato de las Naciones Unidas en referencia a materia criminológica y penal actualmente el volverá una persona a la sociedad, o sea reincorporarla, en materia científica, debe llamarse, necesariamente "Reinserción social".

Por droga o fármaco se debe entender a toda sustancia capaz de alterar las estructuras o las funciones corporales psíquicas fisiológicas y/o biológicas, ocasionen o no dependencia y/o tolerancia.

Por tolerancia tenemos que tener la inteligencia de que es, la propiedad por la cual, para inducir u obtener el mismo efecto, es necesario aumentar la dosis utilizada.

Se entiende por dependencia física que es el estado de adaptación a la droga, que cuando se suspende su administración, provoca perturbaciones físicas o corporales (de aquí que el tratamiento de los drogadictos hay que tener especial cuidado en

no provocar exabruptamente, lo que se denomina como el "síndrome de abstinencia").

Por dependencia psíquica se entiende el estado en que una droga produce una sensación de satisfacción, eufórica y un impulso psíquico que exige la administración periódica o continua de la misma por el placer que causa o para evitar malestar.

Por dependencia química o farmacodependencia debemos entender el estado psíquico y/o físico debido a la interacción entre el ser humano y la droga natural o sintética, que se caracteriza por alteraciones del comportamiento y otras reacciones causadas por la necesidad y el impulso de ingerir la droga natural o sintética, en forma continua o periódica con objeto de volver a experimentar sus efectos y a veces para evitar el malestar producido por la privación de la misma.

Por previsión del Art. 32 de la Ley 1008 se determina que la terminología usada en la presente Ley tendrá significado corriente, pero si ella a sido expresamente definida en su texto esta definición será la de aplicación obligatoria<sup>3)</sup>. Esto significa que admitiendo el significado corriente de los vocablos, es de aplicación obligatoria el definirlos de manera expresa como manda el texto de la Ley.

---

<sup>3)</sup> BOLIVIA: Ley del Régimen de la Coca y Sustancias Controladas, Ley 1008, Gaceta Oficial de Bolivia, año XVIII No. 1558, Julio de 1988 La Paz.

Con todo lo anterior afirmamos que por virtud del Art. 37 cuando se refiere al tráfico y consumo que queda prohibido el tráfico, fraccionamiento y consumo de sustancias controladas consignadas en las listas del anexo que concluye la presente Ley; lo que quiere decir que esta prohibido el consumo de sustancias controladas para la Ley 1008; lo que guarda relación con el Art. 49 que de manera específica previene: Art. 49. Consumo y tendencia para el consumo: El dependiente y el consumidor no habitual que fuera sorprendido en posesión de sustancias controladas en cantidades mínimas que se suponen son para su consumo personal inmediato, será internado en un instituto de farmacodependencia público o privado para su tratamiento hasta que se tenga convicción de su rehabilitación.

La cantidad mínima para su consumo personal inmediato será determinado previo dictamen de dos especialistas en un instituto de farmacodependencia público. Si la tenencia fuese de mayor a la cantidad mínima caerá en la tipificación del Art. 48 de esta Ley. (Tráfico).

A los ciudadanos extranjeros sin residencia permanente en el país que incurra en la comisión de estos hechos se les aplicará la ley de residencia y multa de quinientos a mil días.

A manera de crítica del Art. 49 observamos que dispone que el farmacodependiente en posesión de sustancias controladas en cantidad mínima que se supone son para su consumo personal e inmediato y,

cuando expresa que será sometido a tratamiento hasta que se tenga convicción de su rehabilitación, debía manifestar "hasta que tenga seguridad clínica de su rehabilitación".

No nos parece conveniente por razones de política criminal y por contagio criminal que a los extranjeros se les aplique la ley de residencia, lo que está bien y es correcto, vale decir expulsarlos del país; en lo que no estamos de acuerdo es que se les aplique una multa de 500 días que es más que un año a 1000 días que casi son tres años por el hecho que los extranjeros sometidos a esta previsión legal para cumplir estos días multa tiene que permanecer en el recinto carcelario, lo que supone un riesgo de mal ejemplo para los demás reclusos.

## **2. La drogadicción en la ciencia criminológica.**

La criminología aún en sus concepciones antiguas era el estudio de las causas del delito, o sea la etiología del delito, actualmente la criminología es el estudio de la concepción socio-política del delito sobre todo para el profesor Manuel Lopez- Rey. Dentro de esta concepción no cabe duda de que la influencia de la droga se estudia en criminología y es interesante como las drogas que provocan la drogadicción puedan ser estudiadas en criminología en tres formas, nos vamos a explicar: la clásica doctrina criminológica dividía la sistemática del delito en biología criminal, sociología criminal y sicología criminal, o sea que a la ciencia de la biología, a la de la

sociología y a la ciencia de la psicología se añadía el adjetivo "criminal" como para significar que esas ciencias se aplicaban concretamente a la criminología.

En la actualidad la influencia del consumo de drogas o narcodependencia aún considerando que la criminología es una ciencia-política. Podemos estudiar la drogadicción tanto en la biología criminal por las repercusiones que la droga con carácter muy negativo produce el factor de la biología o de las causas biológicas de la criminalidad así por ejemplo la drogadicción influye en la herencia; no en el estudio de la herencia en el sentido de que se hereda el hábito de la drogadicción sino más bien que la droga provoca en la herencia el que los hijos de drogadictos sufran una serie de fallas genéticas y cromosómicas que producen minusvalías y desde luego, producen en las generaciones venideras efectos desastrosos porque resultan el producto una herencia no eugénica sino enferma., desde el punto de vista biotipológico se ha comprobado también que el consumo provoca trastornos diferentes según la fórmula biosicológica del drogadicto y así tenemos que no reaccionan de la misma forma un pícnico, un asténico ó un atlético, se ha demostrado que sus crímenes por ejemplo los asesinatos son diferentes y que la influencia de determinadas drogas según el temperamento, ocasiona mayores efectos biosicológicos; en la criminalidad masculina y en la femenina vemos también que ya se ha efectuado ver el reflejo del consumo de drogas sobre las



funciones sexuales biológicas y condiciones sexuales biológicas y provocan una alteración sexual en general, producen vicios, prostitución, robo, hurto y desde luego el consumo de estupefacientes, el narcotráfico y la trata de blancas.

Especial tratamiento tiene la degeneración de la droga con el fenómeno del homosexualismo y prostitución, lo mismo que el celestinaje o rufianería.

Están haciendo estudios acerca de la influencia del consumo de drogas sobre la criminalidad racial, sobre la criminalidad del negro, en Bolivia la criminalidad del indígena, que dió lugar a la célebre polémica "Medrano Ossio -- Manuel López-Rey" antes de que apareciera el fenómeno del narcotráfico.

Actualmente tenemos que estudiar a los llamados "químicos aymaras", los pisacocas y los pitilleros marginales muchos de los cuales forman sus contingentes entre la llamada raza indígena.

La influencia del consumo de drogas sobre las diferentes glándulas, sobre la endocrinología delincencial y consumo de estupefacientes puede ser estudiado en la materia endocrinología criminal lo mismo que la edad como factor determinante para la drogadicción infanto juvenil.

En sociología criminal en el tema de la familia, como factor perturbador tenemos que

estudiar a las drogas y a su consumo que contribuye a configurar el llamado "hogar criminal".

Por la Ley 1008 y por su reglamento que estudiaremos más adelante tenemos la influencia de la droga en la educación escolar y las disposiciones de enseñanza antidroga y anti consumo que se debe impartir en escuelas y colegios.

En cuanto a medidas de educación preventivas es indudable que estas medidas tienen dos clases de influencias: la influencia criminógena, abundante en la televisión y la influencia en contra el consumo de drogas.

El factor económico tiene importancia trascendental cuando estudiamos la influencia de la economía. La política como factor criminógeno va a ser estudiado en el punto correspondiente a drogadicción y política criminal. Finalmente la criminalidad asociada o asociación criminal tiene larga tradición en criminología desde sus inicios hasta los tiempos contemporáneos precisamente el hachis ha dado lugar a la formación de la secta de los hachizhinos los que en la secta thug mataban en estado de embriaguez provocada por el hachis con una muerte incruenta, o sea, sin derramamiento de sangre de donde viene la palabra asesino.

En psicología criminal todas las funciones psíquicas como la inteligencia, la voluntad y la vida afectiva son influenciadas por el consumo de drogas, así como la captación del mundo externo y provocan la deformación de la percepción lo mismo

que la comprensión y la asociación de ideas pueden dar lugar a delirios, el embotamiento afectivo influye sobre la abulia o ausencia de voluntad, sobre las estereotipias provocan delitos sexuales.

La oligofrenia y el cretinismo y la pérdida de la inteligencia son provocadas también por el consumo de drogas como por ejemplo algunas demencias y tumores encefalíticos, como la demencia paralítica, demencia precoz que ocasiona graves trastornos mentales, peores que los ocasionados por el alcohol.

Las drogas influyen sobre las personalidades, como la esténica, la compulsiva, la explosiva, la inestable, la histérica; las locuras que son agravaciones de las personalidades sensitivo paranoides y la personalidad perversa, hipocondríaca, en la mitómana por los planos de ensueño y en todas las psicopatías sexuales como: homosexualismo, exhibicionismo, masoquismo, etc.

Igualmente provoca las distintas clases de personalidad neurótica y neurasténica, luego tenemos las sicosis exóticas provocadas por el consumo de drogas.

También se hacen estudios sobre relaciones del consumo de drogas y la aparición de las distintas formas de epilepsia, el consumo de drogas provoca también la paranoia, el suicidio del consumidor.

La relación de droga y alcohol esta claramente establecida en el caso patético de Karen Kinglay y de otros célebres consumidores de droga y alcohol, entre ellos artistas de cine, gente que frecuenta ciertos grupos selectos.

Es obvio que la criminología en sociología criminal estudie la influencia de estupefacientes como cocaína, marihuana que se haga el estudio de la influencia directa entre los estupefacientes y los delitos y sobre la influencia de ciertas clases de drogas como la cocaína, thinner, peyote, marihuana, estimulantes, depresores, gasolina, LSD, floripondio.

### 3. Drogadicción y Política Criminal.

La drogadicción tiene relación en la política criminal si se reflexiona que la política criminal es una de las formas más efectivas de la lucha jurídica y legislativa contra la comisión de delitos por una parte y la prevención de los mismos.

La política criminal en Bolivia e encuentra establecida en todas y cada una de las disposiciones de la lucha contra el narcotráfico y la drogadicción, la Ley 1008 es una clara muestra de lo que es la política criminal porque viene a llenar la necesidad jurídico penal de combatir el narcotráfico y de evitar los riesgos del consumo o narcoddependencia. Lo mismo podemos decir de la reglamentación de dicha ley cuyo fin es reforzar las disposiciones de la norma principal que representa la ley 1008.

#### 4. Coyuntura entre drogadicción y victimología.

La victimología que surge del art. 37 del Código penal en Bolivia viene a ser evidente porque la influencia de la drogadicción en la victimología ha resultada típica, esta nueva ciencia ha dado pautas sobre cómo la víctima por su estado biosicológico hasta puede llegar a provocar delitos de narcotráfico puesto que hay muchos casos evidentes donde la víctima tiene conducta realmente provocativa y estimula incluso al delincuente para obtener la droga. De un texto vamos a transcribir algunos casos donde se ve, con mucha objetividad a la víctima de estupefacientes.

#### **UN TESTIMONIO**

José Luis, fotógrafo de 29 años de edad, que llegó a asaltar varias farmacias para procurarse heroína y anfetaminas explica:

En nuestro barrio, cuando la gente comenzó a inyectarse con anfetaminas, la cosa que más atraía era el flash. Es la sensación que llega después de que uno se inyecta. El tiempo que tarda en llegar el líquido al cerebro, lo invade, invade todo el cuerpo. Durará treinta o cuarenta segundos. Es una de las cosas que más gusta al drogadicto que se pincha.

Yo me daba clorhidrato de fenostasina, remedio; incluso, en aquella época, se usaba el dexamin spansul. Se lo destilaba, venía con

excipientes y se sacaba el agua con la droga. Entonces se inyectaba. En realidad al principio me inyectaba alguien. Es difícil que la primera vez uno se inyecte. Después de verlo varias veces, uno prefiere inyectarse solo. El que aprende a inyectarse, nunca, nunca, nunca más se va a dejar inyectar por otro.

El hecho de pincharme... incluso en mí, producía un especial placer. Hay gente que lo explica, no sé, psicológicamente... Hubo un momento, por el 74, que empezaron a faltar anfetaminas en las farmacias e incluso otros remedios que contenían anfetaminas. Yo creo que, no sé... para mí fue la necesidad de pincharme la que me llevó a la morfina. O, mejor dicho, ya no me importaba con qué. Y eso que la morfina es algo totalmente opuesto, pero tiene las dos cosas más importantes. Primero que se puede inyectar y segundo, tiene flash, que es lo que pretendíamos todos. Porque el flash es una cosa muy, muy intensa, sobre todo con las "anfetas".

Con la morfina, al principio, es como una cosa desconocida. Son agujijones en todo el cuerpo; después viene como un abarrotamiento de los músculos. La primera vez que lo sentí me asusté porque era algo desconocido... pero me di cuenta que es como un aviso de lo que viene después, ante la ansiedad de uno. Eso es, es el preaviso de lo que uno necesita, llega. Uno entra entonces a esperar ese flash con una necesidad urgente.

Pero el placer, como si uno acabara, es con las anfetaminas; con la morfina no. Es muy difícil explicar. Es una pura sensación corporal. Yo creo que se me paraban los pelos de la nuca de tanto que sentía. Me venía una energía vital, una aceleración general por todo el cuerpo, pero es ya el efecto de una droga. Con la morfina no. Es diferente. Pero después uno necesita pincharse y que venga ese abarrotamiento de los músculos, ese calor. Por eso el adicto a la morfina la sigue llamando flash. Dura también unos cuarenta segundos.

Ahora ya hace tres años que no me drogo, pero a veces sueño que me estoy pinchando.

#### UN CASO DE AUTODESTRUCCION Y FRUSTRADO SUICIDIO

Lucía, de 27 años de edad, politoxicómana, que ha ingerido alcohol, marihuana, anfetaminas, ácido lisérgico y morfina, se presta al diálogo en plena desintoxicación.

-¿Usted no pensó alguna vez que la ingestión sucesiva de marihuana, anfetaminas, alcohol, ácido y finalmente morfina la iba llevando a la autodestrucción psíquica y física...?

-Claro que sí-. Es una autodestrucción. Así lo dicen además los médicos, pero lo que pasa es que el que se administra drogas de cualquier tipo no sabe, no está muy consciente de que se autodestruye. Cree que vive mejor y que todo el mundo tendría que drogarse porque se siente cosas hermosísimas, que es muy importante sentir las, saber que están



dentro de uno y que uno habitualmente no ve, no puede decirlos; están dormidas y con la droga se despiertan, que el que no toma no va a tener nunca en su vida esa oportunidad de despertar y ver esas fantasías. Es una forma de salirse de lo habitual, de lo que lo angustia, lo de todos los días, que parece siempre igual. Realmente desde un primer momento no se advierte que uno va hacia su destrucción, porque es mucho mayor la alegría que se va sintiendo.

-¿Usted vió que podía llegar a esa destrucción?

-Sí, fué cuando empecé a "pincharme". En realidad yo sentía que podía drogarme pero nunca llegar a pincharme las venas. Más aún, tenía cierta aprensión, cierto odio por quienes se pinchaban. Cuando me "pinché" o, mejor dicho me "pincharon" por primera vez, me di cuenta después del "viaje", que era ya imposible volver atrás y cuando tomé el hábito del pinchazo, que produce un placer increíble, me di cuenta que estaba absoluta y totalmente atrapada por la droga. Ahora que pienso en esa realidad, advierto que en determinado momento lo que estaba buscando es morir; que estaba totalmente intoxicada de anfetaminas y alcohol.

Tuve tres paros respiratorios. Me encontraron dos veces en mi habitación, dura, helada, totalmente rígida. No me podía doblar; me hicieron respiración boca a boca y "me sacaron". Esa vez había tomado anfetaminas y barbitúricos. Entonces

pensé que me iba, que realmente me estaba matando, pero no podía claudicar- no podía!

-¿Por necesidad de la droga o porque ya no le interesaba vivir?

-Mucho no lo analicé. Pero creo que empieza desde abajo, desde cuando era chiquilina.

Empecé a soñar con la muerte. Me drogué por primera vez a los 16 años, no se si por un sentimiento de culpabilidad o porque no me interesaba vivir. Me tiré bajo un tren cuando tuve 18 años. Me corté las venas un tiempo después. Sentía un angustia muy grande que no me la disipaban la marihuana ni el alcohol. Cuando me tiré del tren me quebré una pierna.

Siempre me parecía que yo disfrazaba la vida con algo lindo y yo no sabía que en el fondo no había nada digno de ser vivido. No me interesaba la hipocresía de los demás, de mi familia, los que fueron mis amigos. Entonces ¿para qué me iba a mentir? A medida que pasaba el tiempo confirmaba plenamente aquello que había sentido desde muy chica. Pensaba que no valía la pena vivir porque el mundo no me daba nada, no me despertaba nada que me permitiese hacer algo que me hiciera feliz. Entonces me atrajo la muerte, la cuestión de la muerte.

-¿El deseo del más allá?

- No, no es eso precisamente. No creo en el más allá ni en el otro mundo. Creía que morir era parecido a vivir o si usted quiere, al revés, que

vivir era prácticamente una muerte, una muerte lenta; un poco así y a lo último en el tiempo en que me drogaba mucho, ya me había cansado incluso de drogarme. Pensaba que no tenía ningún interrogante en la vida, que sabía todo lo que estaba pasando y lo que iba a pasar, por qué pasaba, por qué la gente actuaba de una determinada manera o de otra. Entonces sí, hasta eso yo sabía ¿para qué? ¿para qué todo?, ¿para qué vestirme?, ¿para qué leer? para qué todo!

Llegó un momento en que estaba muy intoxicada y me empezaron miedos, sobre todo miedo a la luz. Vivía en la oscuridad. Lo único que hice siempre fué higienizarme. Es una de las cosas que los drogadictos no hacen comúnmente. Me costaba mucho, eso sí, mucho esfuerzo bañarme. Yo estaba como esperando algo, no sé qué. Cuando andaba en ese estado fue que me detuvieron.

-El hecho de tener una hija ¿no la hacía reflexionar aunque fuera por amor a ella?

-No, me daba cuenta porque estaba muy angustiada, porque la vida no me interesaba y no me interesaba la sociedad tal cual era. Yo sabía y vivía pensando, es cierto, en mi hija, en cualquier lugar donde estaba. Y hubo un momento en que fué tan inmensa mi angustia y tan desesperante, que tampoco podía paradójicamente estar con ella. Llegaba a casa y me iba a caminar sola, o iba a sentarme en un bar. Tampoco podía estar con ella! Pensaba que yo no valía la pena, por que ella no podía aprender nada de mi, ni nada de los demás;

pensaba que ella tenía que morir también, por que sino iba a sufrir mucho, iba a conocer esas fealdades que yo no admitía del mundo, de la sociedad, de la gente. Yo pienso que en el fondo yo no admitía las cosas reales, que yo las veía feas. Entonces pensaba que ella tampoco las tenía que ver. Era mejor que se muriera también ...

-¿No se le ocurrió luchar contra esas gentes, contra esa sociedad o dar a conocer sus ideas?

-No!, no! Me parecía todo absurdo. Aunque me rebelaba contra todo, me quedaba muda y prefería drogarme, drogarme siempre. Muchas veces salía estrambóticamente vestida a la calle, muy rara con camisión a veces me disfrazaba; pero totalmente; con sombreros de mi abuela, con plumas, con cosas viejas. Entonces veía que la gente me miraba. Me parecía que la gente era mala, me estaba censurando por lo que llevaba puesto, y entonces mi agresión era disfrazarme y que me miraran. El que se me acercaba !bueno!.., podía llegar a hacer cualquier tipo de cosas, a agredirlo, verbalmente por supuesto. Esa fué mi única forma de agresión a la sociedad, a la gente, pero mucho más me agredía yo, porque cada vez me sentía peor desde el punto de vista mental. Solo cuando me drogaba tenía esa clase de felicidad...

-¿y cuando se le pasaban los efectos de la anfetamina ?

-Hubo otras cosas más. Me daba paros respiratorios casi siempre. cuando me despertaba, no sabía lo que había pasado. Iba, saludaba a mi

abuela y le decía: "¿Como te va? ¿Vos sabes que no sé que me pasa, me estoy mirando en el espejo y tengo la cara hinchada?" - Mi abuela se ponía a llorar y me decía: -!Claro! te encontraron en un charco de sangre con el tabique roto, te estrellaste la cabeza contra el piso por que te caíste. -Yo no estaba enterada de que me había caído desmayada y que era lo que me pasó...

-¿Y con el tren?

-Me tiré del tren en movimiento entre dos estaciones. Iba a toda velocidad y solamente me quebré una pierna.

-¿Como reaccionó cuando se sintió herida?

-!Claro! yo a la gente le dije que me había caído porque me daba vergüenza que me hicieran preguntas. Francamente no sé. Yo pensaba que si me hubiera querido matar de verdad hubiera esperado el tren en la estación. Al llegar me hubiera tirado y no habría habido salvación posible. Es decir que, como dicen los italianos, me maté ma non troppo y, !claro! cuando me curaba, lo único que rogaba era que se me fueran los dolores enseguida. En realidad me quise matar, pero fué un fraude; una especie de muerte fraudulenta y después, como le digo, a los 18 me corte las venas. Todavía me quedan cinco cicatrices (las muestra). Sólo las cicatrices. Pero sigo viviendo.

Después tuve un episodio en el que quería morir, pero también quería salvarme. Fué un "mal viaje" con marihuana. Nunca lo olvidaré. 'Una barbaridad' Yo no sabía fumar; hacia poco que

fumaba y fumaba unos cigarrillos que los armaba yo. Entonces, de golpe, estaba con tres personas, una de ellas era mi marido; lo miré, y ví que tenía colmillos enormes y derrepente miro y desaparecen las tres personas y todo se pone oscuro, en silencio. Sentía que me había tragado las brasas de los cigarrillos. Todas las brasas y me estaban quemando los órganos por dentro. ¡Estaba muriendo! Sentí unos dolores terribles, espantosos. ¡Y todo negro, horrible! Estaba fumando en mi departamento, pero no sé si estaba acostada o parada, y, de repente ¡blum! ¡todo negro! ¡no ví nada más! De repente se aparecían las caras de nuevo; era la cara de mi marido que me preguntaba asustado: ¿qué te pasa?.

No podía contestar porque la lengua no me obedecía, ni tampoco me obedecían mis labios; me ardía muchísimo la cara y sentía quemados todos mis órganos, mi sexo, mi estómago, mi garganta. Quemados por el fuego, ¡mucho fuego! Me acuerdo que quería tocarme y no podía llevarme la mano hasta la cara porque no me obedecía. Tenía algo así como un ataque de parálisis total; pero me sentía quemada totalmente, caliente, y quería parpadear y no podía mover siquiera la cabeza. Parecía una estatua y cada vez que quería mirar a las personas que estaban conmigo, se les deformaba la cara, ¡eran unos monstruos espantosos! ¡fue una cosa espantosa, horrible! Cuando pude articular algunas palabras grité: ¡médico!

Llamaron a una asistencia pública y oí, porque oía algunas cosas, que entre ellos se decían:

"vamos a decir que se emborrachó", y yo escuchaba y pensaba: si el médico cree que me emborrache, me va a dar algo para contrarrestar el alcohol. Me voy a morir del todo. Entonces, si yo puedo hablar tengo que explicarle que no es alcohol, tengo que decir la verdad ¡es preferible! o si no, me voy a morir. Y de pronto, empecé a pensar que era preferible morirme totalmente, porque no me estaba matando. Y de repente, nuevamente no pude articular palabra. Después ví cuando el médico se me acercaba y me tocaba la cara y cómo le decían: "sí doctor, tomó mucho, pobre", "mire, tuve un problema con mi mujer y se le dió por tomar hoy..." y yo quería explicar y no podía mover los músculos de la cara ¡era desesperante! y en eso, pude mover la manos y alcanzar un lápiz y escribir "marihuana". Mi marido entonces dijo: "No sabe lo que dice ¡mire lo que esta diciendo!".

Tenía como un ataque de parálisis. Entonces me llevaron al hospital y un momento me dejaron sola con el médico y me pusieron en una camilla. Vino una enfermera a ponerme una inyección y no sé de dónde saqué fuerzas le dí un empujón y la tiré contra la pared porque pensé: si ésta me dá una inyección para sacarme del estado alcohólico, me muero.

-¿Y no es que quería llegar al fin...?

-No. Yo no sabía qué era lo que iba a hacer...

Es que, al principio, yo fumaba para estar bien, no para morir. Después estuve tres días en cama sin poder escuchar ni el timbre de la calle,

ni el teléfono. Cada vez que lo oía era muy fuerte; tenía tan agudizado el oído que gritaba, gritaba brutalmente y siempre me recuerdan que a gritos decía; me quiero morir, me quiero matar!

Toda mi familia fue a verme. No sé que invento de enfermedad dijo mi marido que tenía. Pero fué una de las cosas más horribles que he pasado. Realmente no podría decirle si en esa ocasión quería o no morir. De todas de las maneras, cuando me pongo a pensar solamente en haber llegado a esa situación a los 18 años... me resulta íntimamente angustiante. De una angustia enfermiza total. Por eso ahora me trato.

#### **EL AYUNO PROLONGADO. UN TESTIMONIO.**

Roxana, que permaneció por tres años en la cárcel, acusada de facilitación a título gratuito de estupefacientes, narra:

Yo me he drogado de todas las maneras conocidas en el país. Al principio fui solamente alcohólica; mis padres fueron alcohólicos. Puedo asegurar que el ayuno prolongado produce efectos similares a los de la marihuana. Es un tipo de "viaje" distinto, porque el ayuno prolongado produce angustia. Hay un momento en que el organismo está acostumbrado a tomar alimentos y sobre todo drogas. Cualquier droga. Entonces... con el ayuno, se produce una especie de laxitud, una especie de shock, con muchas ganas de llorar en forma permanente. Se entra a magnificar cosas. Se



agudizan la sensibilidad. Entrás a perseguirte. Es algo que no podés manejar.

Yo lo había fuera de la cárcel, pero entonces no pude percibir bien lo que era, lo que me traía la plenitud, ese goce al fin. Porque en la calle hay mucho ruido, está la familia, la gente, los amigos o suena el timbre o el teléfono; entonces no podía observar ni sentir todo lo que me estaba pasando. En la cárcel hay más fineza, más respeto, te podés aislar. Nadie te va a decir nada. Yo ayuné 23 días, rebaje 10 kilos, sólo tomaba de vez en cuando algún líquido. Y no era por bronca, ni por protesta, sino voluntariamente. Al principio tuve miedo, pero después empezaron los "viajes", igual que si me hubiera inyectado ¡viajes sin drogarme!.

-Generalmente hay algún motivo determinante para el ayuno en la cárcel -se le pregunta.

Sí, es curioso. Yo sentía, estaba segura, de que las comidas, sopas y todo tipo de infusión que te trae el penal, contenían tranquilizantes. Me daba la impresión de que vivía embotada. Y si bien yo me di de todo en materia de drogas, de todo lo que cayó en mis manos, hasta hongos alucinantes, no quería saber de depresores!; entonces me quise desintoxicar de lo que, estoy segura, me daban en la cárcel; como veía que después de desayunar la gente, mis compañeras, tenían sueño, pensé, como ya lo había hecho antes en libertad, que lo mejor sería el ayuno. Y lo empecé y seguí ¡con todo y contra todo!.

Como las demás estaba siempre tan calladas, me pude concentrar y viajar. Me acuerdo que en la celda había un poster de un bosque con una hermosa frase de Gilbran Jalil y yo en pleno ayuno, me metía en el bosque y sentía la humedad del pasto y el rocío que caía sobre las hojas.(\*)

### 5. La drogadicción captada por la Medicina Legal.

La Medicina Legal como ciencia auxiliar del Derecho Penal y que tiene una fuente de captación en los casos de toxicomanías provocadas por las sustancias peligrosas que estan debidamente individualizadas en la Ley 1008 y su respectivo reglamento.

La Medicina Legal interviene: primero, en el capítulo de toxicología se estudia desde el punto de vista de la sintomatología y la nosología la influencia de determinada droga sobre el organismo humano y entonces la intervención de la Medicina Legal no abarca solo la toxicología médico-legal sino que sus conocimientos se aplican a la psiquiatría forense en casos de graves perturbaciones más psíquicas que corporales y por último en el tratamiento psicoterapéutico, psicopatológico, psiquiátrico y toxicológico; lo mismo la parte de recuperación y reinserción social dá lugar a la Medicina de Readaptción que es parte de la Medicina

---

\*) NEUMAN, Elias "Drogas y criminología" Editorial Galache S.A. México, 1a. Edición. 1984 pg. y sig.

Legal para evitar choques que de otra manera se producirían de forma inevitable.

La tanatología legal sirve para diseccionar los cadáveres de los drogadictos, fallecidos por sobre dosis; también en Tanatología Toxicológica de la Medicina Legal se estudia el caso de asesinato por envenenamiento con sustancias estupefacientes y para determinar de acuerdo al Art.252 del Código Penal el diagnóstico diferencial entre asesinato, suicidio o accidente.

CAPITULO II  
EL PROBLEMA SOCIO-POLITICO DE LAS DROGAS EN LAS  
INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

1. Objeto y motivos del estudio.

Ante la preocupación, tan fundada y extendida por los conflictos dramáticos de las drogas en las sociedades actuales, estudiamos aquí especialmente el problema socio-político de las drogas en las cárceles españolas (y extranjeras) por múltiples motivos. Entre otros, por la gravedad del sufrimiento de los drogadictos internos y no internos (y del sufrimiento de los no drogadictos, a causa de aquellos); por el interés de los estudios que, en este campo, está llevando a cabo el Consejo de Europa, y también por la mayor facilidad que brinda (el "laboratorio" de) la cárcel para conocer los principales motivos, efectos y soluciones de la delincuencia, vi: timación y marginación relacionadas con las drogas.

Recordemos ya desde el comienzo que para solucionar este complejo problema hay que acudir también a los datos y a las opiniones de los penitenciaristas, así como a los datos y a las opiniones de las instituciones policiales tan directamente implicadas en este campo, y también a las investigaciones de los criminólogos.

Como alinadamente escribió Don Manuel López-Foy, el nefasto proselitismo propio de los drogadictos encuentra facilidades mayores en la

cárcel; muchas personas e instituciones trabajan con todas sus fuerzas contra las toxicomanías y contra el tráfico de las drogas, pero no intentan eficazmente modificar la estructura tecnológica y socio-económica de su país que (por y con su injusticia) es una de las causas profundas de la tragedia. Otro factor etiológico decisivo debe ubicarse en la escasez de algunos valores éticos.

## 2. Las drogas en las instituciones penitenciarias (españolas)

Los dos últimos años Informes Generales elaborados por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias correspondientes a la situación y a las actividades desarrolladas en dichas instituciones españolas durante el año 1981 (el informe apareció en 1982) y durante los 12 meses del año 1982 (el informe apareció en la primavera de 1984) hablan con bastante extensión y probablemente con bastante sinceridad acerca de los problemas que las drogas vienen planteando en las Instituciones Penitenciarias. En cambio, la memoria -circular de las actividades de esta Dirección General en 1983 y proyectos de actuación en 1984 (Madrid 13 de febrero de 1984), de acuerdo con su finalidad, dedica sólo un párrafo al tema de las drogas en el que textualmente dice: "En el año pasado (1983) se celebró una reunión con siete directores en la Dirección General para estudiar el tema (las muertes y las armas "fabricadas" en los propios centros) conjuntamente con el tráfico de droga en ciertos establecimientos viejos en

concreto. Pasos se han dado en este sentido, más como quiera que no hay cosa peor que el triunfalismo hemos de convenir que el resultado no es, a pesar del avance, ciertamente satisfactorio".

El informe correspondiente al año 1981 se muestra quizás excesivamente optimista, pues llega a decir que los internos procesados sometidos a medidas de seguridad "reciben la asistencia adecuada para su completa desintoxicación, aplicando el método de una reducción total y brusca de la droga, en tanto no se aprecian síntomas de abstinencia, o bien mediante una reducción gradual, con métodos de sustitución, manejando, preferentemente fármacos antipsicóticos y antidepresivos de los que es más conocido el hecho de no producir dependencia". En cambio, el informe correspondiente al año 1982 no valora el tratamiento que se da a los drogadictos en las instituciones.

Los establecimientos penitenciarios cuentan o deben contar (al menos legalmente) con una dependencia para la atención de toxicómanos a efectos de aislamiento y observación de los internos que a su ingreso presenten sospechas de toxicomanía, hasta ser clasificados definitivamente por el médico (arts., 37/b, 1.06.F. y 145/2, R.F., en relación con el artículo 140/1, R.F.)

De los muchos datos que ofrece la Dirección General entresacamos los que nos parecen más importantes para nuestras cuestiones. Durante los 12 meses del año 1982 ingresaron en las institucio-

nes penitenciarias 52.777 personas. De ellas según los estudios oficiales (que el informe reconoce de escasa fiabilidad, puesto que los métodos empleados para estas estadísticas son poco científicos), han sido drogadictos un total de 29.052 y de éstos han ingresado en centros especiales únicamente 1.72 personas.

Merece la pena destacar, respecto al tipo de droga, que la más usada es el cannabis; en el año 1981 parece que la usaron 16.639 personas-, en el año 1982 aumentaron a 18.644 personas internas; en cambio LSD y alucinógenos la usaron, en 1982, 2.694, y otras drogas por vía oral o inyectable 7.713 personas. Hubo, además, una persona que falleció por drogadicción. Se ha podido comprobar que los internos se inyectan incluso cal de la pared, disolventes colas, ansiolíticos e incluso grasas de animales que originan cuadros clínicos de una sintomatología atípica de difícil diagnóstico.

En cuanto a las edades de los diversos drogadictos, llama la atención lamentablemente la mayor proporción en los jóvenes, de tal manera que en el año 1981 no consta de ningún interno menor de 15 años drogadicto, y el número de los internos de 16 a 18 años, drogadictos, aumenta también, en el año 1982 ingresaron 7.099 jóvenes drogadictos, el anterior habían ingresado 4849. De 19 a 25 años durante los 12 meses de 1982 ingresaron 11.860, en cambio el año anterior 7.979 y, por fin, de 26 a 30 años, el año 1982 fueron 5.470, y el año anterior 4.319. Durante los doce meses de 1982 ingresaron

2.258 drogadictos comprendidos entre los 31 y 40 años, y 569 mayores de 41 años. Del extranjero llegan noticias similares ya en tiempos anteriores; por ejemplo, en Francia los primeros delincuentes drogadictos de 18 años aparecen por el año 1968; hasta 1967 pertenecían a personas mayores de 18 años. Poco a poco el porcentaje de jóvenes ha ido en aumentando hasta llegar a representar el 80 e incluso el 90 por ciento de la cifra global aunque las investigaciones en este campo no parecen muy fiables puesto que los drogadictos, y sobre todo las mujeres, procuran dar la impresión de un período de farmacodependencia más largo y más intenso a fin de obtener dosis más fuertes durante la cura de desintoxicación.

Según datos facilitados en 1982 por la Brigada Central de Estupefacientes, de Madrid, en los tres años anteriores (1979, 1980 y 1981) ha ido disminuyendo el consumo de drogas de jóvenes comprendidos entre 16 y 18 años; por el contrario ha aumentado en las personas de 26 años en adelante.

Los autores del informe Instituciones Penitenciarias reconocen que los internos consumidores de sustancias tóxicas crean gran conflictividad en los centros por sus deseos de satisfacer sus drogodependencias. Estos conflictos últimamente han tenido alguna manifestación lamentable y algunos motines. Los amotinados suelen dirigirse por lo general hacia dos locales (el botiquín y el economato), en busca de alcohol y psicofármacos, o

bien pueden producir verdaderos problemas, con la toma de rehenes, como ha sucedido recientemente en la cárcel modelo de Barcelona, el día 13 de abril de 1984. Este día un interno, José Cuenca Navarro, a quien se le llama "el vaquilla", con otros 101 reclusos, permanecieron encerrados en la 5ta galería, desde las 12'30 hasta las 7 de la tarde, y tomaron como rehenes a cuatro funcionarios, pidiendo que se les diera dosis de droga para los heroínómanos que en aquél momento se encontraban afectados por el síndrome de abstinencia, y que se les permitiera también emitir un mensaje por emisoras de radio y por la televisión, como así se les permitió.

Respecto a lo sucedido durante el año 1982, según el informe, los problemas de la drogadicción que se da en los establecimientos penitenciarios no son precisamente de las sustancias peligrosas, porque las estadísticas que proporciona el Departamento de Toxicómanos, dependiente del Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario, muestran que el número de los de allí ingresados no suele pasar de los treinta, y que la mayoría de ellos han sido ingresados por los Juzgados Especiales de Peligrosidad y Rehabilitación Social, hasta su recuperación, siendo el menor de aquellos que envía la Jurisdicción Ordinaria, sin que en estos casos sea preciso adoptar medidas especiales sanitarias para la recuperación de su síndrome tóxico. Las estadísticas de toxicómanos en los Centros Especiales ofrecen cifras discrepantes cuando hablan del tipo de droga y de la edad de los

ingresados durante el año de 1982 es de 1/2; en cambio, al tratar de las edades de los ingresados, el total es bastante mayor puesto que las cifras respecto del hospital de Madrid son más voluminosas. Concretamente, aparecen ingresados, en el hospital 222 personas mientras que en la estadística anterior, que trataba del tipo de drogas, no aparecía ingresada ninguna persona. Tampoco aparece ingresada ninguna persona en el capítulo del estado civil, en cambio sí aparecen algunos al tratar de su familiar.

### 3. Trabajos del Consejo de Europa.

El Consejo de Europa se preocupa desde hace años por el problema de las drogas en general y especialmente por el problema de las drogas en las Instituciones penitenciarias como aparece en sus múltiples e importantes publicaciones, entre las cuales merece especial consideración la Resolución del año 1973.

A continuación espigamos algunas de las observaciones más atinadas del Consejo de Europa en el último decenio,

Prescindimos de la historia general del tema, aunque reconocemos su especial importancia. Respecto a algunos puntos nos fijamos principalmente en lo relativo a Francia por motivos académicos y geográficos.



Comenzamos este capítulo con el informe del Comité Europeo para los Problemas Criminales de 1974. En esta obra aparecen páginas sumamente ilustrativas. Por ejemplo, aquellas en la que el Ministerio del Interior de París, informa sobre el número de personas que por los años 70 usaban ilícitamente drogas en Francia. Se situaban entre 15.000 y 20.000, aunque parece que algunos de ellos eran usuarios ocasionales y que no deben ser considerados como verdaderos toxicómanos. A lo largo del año 1971 las cantidades aprehendidas de estupefacientes fueron: opio, 46.327 gr., morfina-base 520.668 gr., heroína 235.958 gr., cocaína 54 gr., LSD 3.616 dosis, morfina 283 ampollas, cannabis 533.113 gramos. Merecen transcribirse los cuadros de datos que copiamos a continuación referentes a los años 1969, 70 y 71 (ANEXOS 5 y 6).

Recientemente, el 15 de Febrero de 1984, el Secretario de Estado encargado de la seguridad pública ante el Consejo de Ministros comunica los resultados de la lucha, en Francia, contra el tráfico de estupefacientes: el año 1983 han muerto 190 personas a consecuencia del abuso de la droga, el año anterior habían muerto 164 personas y el año de 1984 habían 173 personas. El año 1983 se han aprehendido más de 168 kilos de heroína, la cual significa un 70% de aumento con relación a 1982, y supone más de cincuenta millones de francos en el precio inicial, o sea seis billones de francos en la venta al por menor ; se han aprehendido 229 kilos de cocaína, o sea cien veces más que el año de 1976, y casi tres veces más que el año de 1982,

lo cual supone más de 70 millones de francos en el precio inicial, y 570 millones al precio de venta al por menor. Se han aprehendido más de 12,5 toneladas de hierba de cannabis, y casi 11 toneladas de resina lo cual significa un total de 110 millones de francos en el precio en el precio inicial, y 250 millones en la venta al por menor. Las cantidades aprehendidas de drogas menos importantes (opio, morfina, LSD) representan más de 7 millones de francos. Durante el año de 1983 se han constatado 14.430 infracciones contra la legislación sobre drogas, lo cual ha significado 26.350 intervenciones un 20% más que el año 82. De esas intervenciones, 19.861 referentes a los usuarios, y 3.754 referentes a los traficantes revendedores, y por fin 2.735 referentes a los traficantes o sea, 2,7 veces más que en 1982, y 3,3 veces más que en 1981.

Ofrece, todavía hoy, interés notable la investigación llevada a cabo por el Dr. Charles Poulain, Jefe de Departamento de Medicina de la cárcel de Marsella, con 267 drogadictos internados en la prisión-hospital de Baumettes, con los que estudió los aspectos siguientes:

- Relaciones recíprocas entre la delincuencia y la dependencia por heroína;
- Estudio biotipológico;
- Incidencia de las profesiones;
- Origen geográfico de los intoxicados;
- Influencia de la detención;
- Perturbaciones biológicas;
- Tratamiento farmacéutico.

Sobre el influjo de la privación de la libertad con los drogadictos, el Dr. Foullan constata que las cárceles antiguas no tenían en cuenta las exigencias humanitarias de nuestro tiempo; en cambio, hoy las cárceles-hospitales pueden cumplir menos mal las condiciones necesarias para el cuidado de la salud de los privados de libertad. La ruptura con el medio ambiente de los drogadictos facilita una solución al problema, aunque esta solución tiene el aspecto negativo del peligro de perversión que conlleva el internamiento en prisión. En principio, el peligro no es muy grande si el hospital penitenciario tiene la suficiente separación. Pero el problema se presenta de manera aguda al terminar el tratamiento hospitalario.

Después de la desintoxicación el enfermo está vigilado en el hospital en cuanto haya plazas disponibles, y cabe la solución de enviarle la libertad si así opina el Juez de Instrucción, o enviarle a un establecimiento penitenciario. La experiencia ha demostrado que, si se deja en libertad al desintoxicado excesivamente pronto, el 95% de los casos vuelven a la drogodependencia.

La familia del delincuente, mayormente si es joven, ha de acogerle a la salida de la cárcel y asistirle en cuanto pueda. Aparece como necesario y urgente crear comunidades de antiguos drogadictos que acojan, acepten y comprendan a los jóvenes drogadictos. Recientemente los ex-alcohólicos

anónimos franceses y no franceses desean avanzar por caminos similares.

Como ya había pedido el año anterior en su famosa Resolución, el Consejo de Europa en su libro de 1974 insiste: a menos que las medidas alternativas se declararan totalmente inapropiadas, los drogadictos (sobretudo cuando se trata de jóvenes, de delincuentes primarios, o de delincuentes que no están comprometidos en el mundo del crimen) no deben ser privados de libertad en Instituciones Penitenciarias. A estas personas resulta necesario aplicarles principalmente la probación.

En sentido parecido se manifestó, como hemos visto, la Resolución adoptada por la INTERPOL (Oficina Internacional de Policía Criminal), en su sesión 38 celebrada en México, el año 1969.

Por desgracia, todavía hoy en España sigue sin estar institucionalizada la probación. Y en muchos países, a pesar de ella, ingresan en prisión gran número de drogadictos, aunque a veces por motivo más o menos "ajenos" a su dependencia.

También merece que prestemos atención al número de condenados a privación de libertad por infracciones a la legislación sobre y/o contra el tráfico ilegal de drogas.

Tanto en Alemania como la mayoría de los países europeos y en Estados Unidos el número de delincuentes condenados a sanciones privativas de

libertad por delitos contra la legislación penal de las drogas aumenta de una manera notable a lo largo de los últimos años. Merecen transcribirse los datos siguientes respecto a la República Federal de Alemania. (ANEXO 7).

En este año 1979, el 24% de estos delitos fueron sancionados con penas pecuniarias; el 11% con medidas educativas; el 62% con penas privativas de libertad. Estas últimas penas alcanzaron al número de 7.251, de las cuales el 20% tenía una duración menor de seis meses, el 39% hasta doce meses, el 27% hasta 24 meses, el 12% hasta cinco años, y el 2% más de cinco años. Casi la mitad de las penas privativas de libertad impuestas a los jóvenes (no menores) se beneficiaron de la suspensión de la pena a prueba.

#### **4. Estudios recientes.**

Durante los dos últimos años el Consejo de Europa ha vuelto a preocuparse del complejo mundo de las drogas y con particular atención en el ámbito carcelario. Sus publicaciones sobre el tema merecen un estudio más detenido de lo que hasta ahora se ha hecho.

Con buen conocimiento del tema, los sesenta participantes en el Seminario sobre las drogas y la prisión, patrocinado por el Comité Europeo para los Problemas Criminales, del Consejo de Europa, que se celebró en Messina y Palermo, del 6 al 10 de diciembre de 1982, discute en cuanto a la necesidad

y inevitabilidad de internar a todos los delincuentes drogadictos. Sin embargo, en sus conclusiones generales, adoptadas por los miembros del Seminario, consideran evidente que se deben tomar medidas eficaces tanto en el ámbito nacional como en el internacional para controlar mejor el tráfico de drogas, y se deben imponer sanciones severas a los traficantes profesionales; otras medidas deben tender a facilitar la coordinación de las actividades de la policía, y de los funcionarios de aduanas. Pero, sería deseable que estas medidas se vean como complemento de un sistema que establece seria y científicamente medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria para planificar y llevar a cabo una política global de desarrollo social que tenga en cuenta y distinga los riesgos aceptables (por ejemplo, en el alcoholismo) frente a los riesgos inaceptables de la politoxicomanía de drogas lícitas e ilícitas.

Opinamos, con López-Rey que esa prevención existe, pero ha de entenderse sociopolíticamente y no en función de una concepción individualista de la criminalidad, que comprende no sólo la criminalidad convencional, sino también la que no lo es, en la que de índole económica, ideológica, terrorista, industrial y otras que requieren una acción preventiva muy diferente a la proclamada por la política criminal al uso, esencialmente limitada a aspectos de la criminalidad común.

Poco después, en Estrasburgo, del 14 al 16 de marzo de 1983, el grupo Pompidou, es decir el grupo

de Cooperación en Materia de Lucha Contra el Abuso y el Tráfico Ilícito de Drogas, celebró el Simposio sobre asistencia social a los toxicómanos graves: reunió a 17 representantes (más 5 secretarios) de sus Países Miembros (Bélgica, Dinamarca, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Reino Unido de Gran Bretaña, República Federal de Alemania, Suecia y Turquía). De sus conclusiones y recomendaciones (algunas distintas y quizás contrarias entre sí) parece oportuno aquí recordar (con algún comentario), al menos, las siguientes:

- no hay toxicómanos de los cuales se pueda decir que su caso es tan "desesperado" que la única solución sea seguir drogándose, aunque pertenezca al grupo de los llamados toxicómanos fuertes, toxicomane loud (hard-core addict);
- en los centros de tratamiento para toxicómanos debidamente dotados puede lograrse más o menos el 50% de resocialización. (Grupo Alemán, presidido por W. Heckmann);
- cada país debe estudiar y adoptar las modalidades más de acuerdo con sus circunstancias socioculturales. (El grupo francés, presidido por N. Kalibaba, lo aprobó por mayoría). (Me permito añadir que las Comunidades Autónomas deben tomar parte activa y diferencial);
- más que tratar de solucionar el problema de toxicomanía (de las personas) conviene procurar resolver el de cada toxicómano teniendo ante todo, en cuenta sus circunstancias familiares, profesionales y comunitarias. Este subrayar lo personal ofrece, en mi opinión, un fundamento más

para la necesidad de que el proceso penal se divida en dos fases, y la segunda -la sentencia- debe enfocarse hacia finalidades distintas que las actuales. un enfoque adecuado del sentenciamiento en lo penal reduciría sensiblemente el abuso de la apelación. En las escuelas judiciales o cursos de preparación debe considerarse más ampliamente los problemas insitos en el sentenciamiento penal.

- buscar las características personales especiales del toxicómano no puede ser objeto de investigación; sí puede ser quizás resultado (y resultado sorprendente) (grupo italiano);
- necesidades de más investigaciones para comprobar los resultados (Grupo holandés, precedido por Janssen);

se debe procurar que el drogadicto se someta voluntariamente al tratamiento. Pero, la legislación puede según algunos, imponer también el tratamiento no-voluntario. Este se admite en Suecia por la ley de 1982 (y desde 1916 se trata obligatoriamente a los alcohólicos...) si la persona en cuestión se perjudica a si y a otros;

- la metadona sólo puede recetarse por servicios especializados (nunca por facultativos de medicina general) a los toxicómanos dependientes de opiáceos si se cuenta con la supervisión de servicios interdisciplinarios. (grupo italiano precedido por Flannarom). (Distintamente de los alemanes, los noruegos y los holandeses). De hecho, actualmente en España se practica este tratamiento a personas no internadas en prisiones con sólo la autorización de un médico particular).



- tiene especial importancia la postura (colocación, trabajo, habitación, etc.).

En líneas generales se expresa en sentido parecido los asistentes a la 7ª Reunión de la Comisión permanente del Grupo Pompidou, de 27 al 29 de abril de 1983, en Strasbourg. No sin fundamento, esta Reunión de la Comisión permanente del grupo Pompidou aceptó la petición de la Santa Sede para que se la invite a participar en las actividades del Grupo Pompidou ya que estudian cuestiones humanitarias sobre bases técnico-científicas relativas a la problemática de las drogas. Este dato muestra, una vez más, la estrecha relación entre la problemática de la droga y la problemática (y la solución) religiosa. Sería de desear que las instituciones religiosas (jerárquicas y no-jerárquicas) trabajasen más en este campo. Si no estoy mal informada, Caritas de España y de Euskadi se ocupan ya del problema pero quizás deberían intensificarse sus trabajos teóricos y prácticos también en relación con la deseable reforma legal, participando en los estudios preparatorios, con técnicas y especialistas propios, algo así como la Caritas Suiza lo hace en Lucerna.

El hecho religioso y su incidencia social debe enfocarse hoy y aquí (y en casi todos los países) de manera diferente, más antropocéntrica, menos dogmática, más trascendente.

El 16 de mayo de 1983 se reparte a los miembros de Comité Europeo para los problemas

criminales la nota del Secretario General preparada por la Dirección de los Asuntos Jurídicos, con el resumen de las propuestas que Austria, Chipre, Dinamarca, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, Malta, Noruega, Portugal, la República Federal de Alemania, Suecia, Suiza y el Reino Unido han enviado al Consejo de Europa respecto a los puntos más importantes de la Resolución (73)6 sobre los aspectos penales del abuso de droga.

De estas contestaciones queremos aquí citar brevemente algunas especialmente relacionadas con nuestro tema: las autoridades alemanas formulan su convicción de que el tratamiento y la resocialización de drogadicto en las Instituciones Penitenciarias da lugar a problemas insolubles, y por consiguiente considerar que debe llevarse a cabo este tratamiento y resocialización fuera de las Instituciones penitenciarias. Luxemburgo ha establecido penas graves para los traficantes; en algún caso, por ejemplo cuando la infracción ha sido cometida con un menor, el culpable puede ser condenado a trabajos a perpetuidad de hecho la pena más severa pronunciada ha sido a 18 años de trabajos forzados. ("Si l' infraction a été commise à l' égard d' un mineur le coupable sera puni des travaux forcés à perpétuité. En fait, la peine la plus forte prononcée à se jour a été une peine de travaux forcés de 18 ans"). Noruega manifiesta gran interés en la elaboración del Libro Blanco y en la legislación posterior al respecto, así como en la formación de 40 equipos que trabajen en servicios sociales, sanitarios, represivos, educativos y

disciplinarios para disminuir la drogadicción sobre todo en los jóvenes. El Gobierno ha dedicado durante el año de 1982 veintiséis millones de coronas noruegas a este problema. Ha transformado la "Clínica del Estado para toxicómanos " (mayores de 18 años pero que no hayan cumplido los 30 años ) de manera que ya no sea un establecimiento médico sino una institución con métodos socio-pedagógicos. Se ha creado en 1980 un organismo central de coordinación compuesto de representantes de la policía, de la aduana y de todos los campos relacionados con la droga.

Muchas de estas orientaciones van en la línea marcada por Lopez-Key, según la cual la política criminal debe relacionarse con la del desarrollo nacional e internacional, entendiendo el término desarrollo en amplio sentido .

A pesar de tantos esfuerzos contra el abuso de las drogas, se ha conseguido poco. Lo prueba la 6a Conferencia bienal de Directores de Instituciones Penitenciarias, celebrada en el Consejo de Europa, en Strasburgo, del 19 al 3 de junio de 1983, con la participación de representantes de 18 Estados, que ha estudiado tres asuntos, de los cuales el primero versa sobre la problemática de la droga en la cárcel, a pesar de que también se había tratado y este mismo tema en la conferencia anterior celebrada el año 1981. "Remoیدن sobre el mismo problema porque han constatado que su gravedad no ha disminuido sino al contrario.

En esta conferencia W. Rentzmann, Director General adjunto de la Administración Penitenciaria y de los servicios de Probación, disertó sobre "Las medidas administrativas para luchar contra el abuso de las drogas en los establecimientos penitenciarios", con amplia información sobre la necesidad penitenciarias en este problema, imposible de eliminar, pero que necesita urgente "salida" tan firme como respetuosas de la dignidad de los internos. Los efectos de esas "salidas" dependerán del interés real con que los gobiernos enfrentan el problema, y de la acogida que presten a las orientaciones del Consejo de Europa y de otros especialistas. El conferenciante añade que la administración penitenciaria danesa puede responder a las metas humanas propuestas en este campo principalmente por que dispone de suficientes fondos para aumentar el número de cárceles (más pequeñas) destinadas a los delincuentes en el mundo de las drogas, y por que los efectivos personales han aumentado notablemente. Estas medidas parecen muy costosas por el momento, pero en un futuro se manifestarán menos onerosas para la sociedad que los regímenes de máxima seguridad y las medidas de control degradantes contra los toxicómanos y traficantes.

El otro tema de estudio de la 6ª conferencia de Directores de Instituciones Penitenciarias versó sobre la demografía carcelaria. Pierre Tournier, en nombre del Ministerio de Justicia de Francia, presentó un cuadro que opinamos merece recordarse aquí sobre la población carcelaria de los Estados

Miembros de Consejo de Europa el 19 de febrero de 1983 (ANEXO 9).

CAPITULO III  
PROYECTO MONTAÑO SOBRE CONSUMO ILICITO  
DE SUSTANCIAS PELIGROSAS

1. De la prevención en General.

ARTICULO 1.-Es deber de todo ciudadano y persona jurídica, colaborar en la prevención de los delitos y el consumo ilícito de las sustancias a que se refiere esta Ley.

ARTICULO 2.-Las donaciones de las personas naturales o jurídicas en favor de los planes y programas establecidos por el Estado en la prevención de los delitos y el consumo ilícito de las sustancias a que se refiere esta Ley, serán canalizados y fiscalizados por el CONAPRE.

ARTICULO 3.- El Estado y las Empresas Privadas no podrán rechazar a los sujetos rehabilitados y socialmente readaptos cuando procuren ante ellos ubicación laboral, siempre y cuando cumplan los requisitos requeridos por el empleador en su oferta.

ARTICULO 4.- Se considerará servicio a favor de la colectividad y de utilidad pública, la constitución de sociedades civiles, asociaciones y fundaciones sin fines de lucro para la prevención, rehabilitación y la investigación científica sobre las sustancias a que se refiere esta Ley, en conformidad a lo establecido en el presente reglamento.

ARTICULO 5.- CONAPRE, desarrollará planes y programas de prevención en coordinación con los ministerios competentes, contra el consumo ilícito de las sustancias controladas.

ARTICULO 6.- Las Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Servicio Aduanero, Ministerio del Interior, Ministerio de Educación, Ministerio de Informaciones, La Universidad incluirán en las materias de estudio curricular contenidas, referentes a la Prevención del Uso Indebido de Drogas.

ARTICULO 7.- El Estado, dispondrá con carácter obligatorio, el establecimiento de programas de orientación e información sobre el consumo ilícito de las sustancias a las que se refiere esta Ley, para el personal de Ministerios, Empresas Estatales, Descentralizadas, Entidades Autónomas, Entidades Autárquicas, Semi-autárquicas, Empresas Mixtas, Corporaciones Regionales, Empresas Municipales y demás Instituciones.

ARTICULO 8.- El Estado a través de sus organismos componentes, propiciará la cooperación internacional por medio de convenios, contratos, acuerdos, otros unilaterales y multilaterales y establecerá los vínculos que considere con otros países y organismos internacionales, respecto a los sistemas de información en la actualización operacional en contra del tráfico y consumo ilícito de las sustancias a que se refiere esta Ley.

## 2. Del Organo Administrativo.

### TITULO I DE LA ORGANIZACION DE "CONAFRE"

#### CAPITULO I DE LA NATURALEZA Y FINES

ARTICULO 1.- El Consejo Nacional de Prevención Integral del Uso Indebido de Drogas, (CONAFRE), se creó mediante el Decreto Supremo No 21380 de septiembre de 1986, ratificandose su plena vigencia por el Decreto Supremo No. 21795 del 11 de diciembre de 1987.

ARTICULO 2.- es competencia del Consejo Nacional de prevención contra la drogadicción establecer una Política Nacional, Elaborar y Planificar Campañas de Prevención, dar una Orientación Normativa responsabilizarse de una Coordinación General a nivel interinstitucional, Supervisar, Controlar y Fiscalizar las actividades relacionadas con el Consumo Indebido de Drogas, en materia de Prevención, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social.

ARTICULO 3.- (OBJETIVO GENERAL) Mejorar la salud y el bienestar de la población, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, que disminuyan los problemas planteados por el tráfico ilícito y el consumo indebido de drogas y alcohol que fomenten una conciencia colectiva de rechazo a sustancias controladas.

ARTICULO 4.- (OBJETIVOS ESPECIFICOS) Realizar en materia de prevención de la drogadicción a organismos del Poder Legislativo y otras instituciones e instancias. \*

Fundamentar el diseño y desarrollo de planes y proyectos de prevención en el conocimiento científico de la realidad boliviana.

Establecer la estructura y fortalecer el funcionamiento de CONAFRE y sus unidades departamentales.

Identificar las condiciones socioeconómicas, psicosociales y culturales en relación con la farmacodependencia en la población en general y en los grupos de alto riesgo en particular.

Identificar recursos locales existentes y mecanismos de coordinación en el campo de consumo indebido de drogas.

Capacitar personal de los sectores educativos, de salud, de comunicaciones y de la comunidad en general en materia de prevención integral de la farmacodependencia.

Desarrollar en función de los diferentes grupos de edad, programas específicos en prevención.

Desarrollar programas que motiven al trabajador en crear un clima de valoración del producto de



su trabajo conducente a disminuir la aceptación social del consumo indebido de drogas y el rechazo al tráfico.

Promover la disminución de la oferta y la demanda de la droga y otras sustancias afines.

Asesorar en la reglamentación de la actividad laboral de la niñez y la juventud.

Promover la creación de centros adecuados para el tratamiento, rehabilitación, reinserción social, así como reglamentar y coordinar su funcionamiento.

Fomentar la programación de la prevención a través de un programa de vida donde la salud, el trabajo y el uso del tiempo sean considerados como valores fundamentales del hombre boliviano.

ARTICULO 5.-(REPRESENTACION) El Presidente del Consejo tiene representación judicial y extrajudicial de la institución.

ARTICULO 6.-El Consejo Nacional de Prevención Integral del Uso Indebido de Drogas, con el objeto de facilitar su identificación y reconocimiento ante personas jurídicas mantiene la sigla "CONA-FRE".

CAPITULO II  
ADMINISTRATIVA

ARTICULO 7.-De conformidad al D.S. 21795 de 16 de diciembre de 1987 el CONAFRE esta constitución con la estructura siguiente:

Presidente: -Ministro de Previsión Social y Salud Pública.

Vocales: -Ministerio del Interior y Justicia.

-Ministerio de Educación y Cultura.

-Ministerio de Informaciones.

-Presidente de J.N.D.S.

ARTICULO 8 .- FUNCIONES

a) Ejercer la coordinación intersectorial, interinstitucional y Multidisciplinaria, para llevar a cabo las políticas de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

b) Gestionar y administrar la cooperación internacional, bilateral y multilateral necesaria, que permita la ejecución del Plan Nacional de Prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

c) Ejercer la dirección de los programas y proyectos en tareas de investigación, salud, educación y comunicación social.

d) Actuar como contra parte de los organismos de cooperación bilateral y multilateral que apoyan

la ejecución del Plan de prevención en coordinación con el Plan Integral de Desarrollo y Substitución de cultivos de coca.

e) Desarrollar las demás actividades relacionadas con áreas de su competencia. El consejo nacional de Prevención de la drogadicción, tratamiento, y rehabilitación del farmacodependiente coordinará acciones con las instituciones de carácter público y privado, tanto nacionales como internacionales que realizan actividades en el mencionado campo.

### CAPITULO III

#### COMITE NACIONAL TECNICO NORMATIVO MULTISECTORIAL INTERINSTITUCIONAL E INTERDISCIPLINARIO "COTENMI"

##### ARTICULO 9.- NATURALEZA Y FINES.

El Comité Nacional Técnico Normativo, multisectorial, interinstitucional e interdisciplinario-COTENMI- se constituye en el órgano operativo del Consejo Nacional de Prevención de la drogadicción, tratamiento y rehabilitación. CONAPRE es un cuerpo colegiado, conformado por representación multisectorial, institucional e interdisciplinario, tiene como finalidad la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social del farmacodependiente, el diseño implementación del "Plan Nacional de Prevención del Uso Indebido de Drogas". Realiza actividades de cooperación con organismos nacionales de coordinación internacional, en función de convenios y compromisos bilaterales y multilaterales. El COTENMI funciona de conformidad

y al amparo jurídico legal de D.S. 21380 de 19 de Septiembre de 1986, legalizándose su existencia como órgano ejecutivo del CONAPRE, mediante D.S. 21795 de 16 de Diciembre de 1987.

#### ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.

##### I.- NIVEL NACIONAL

##### A.- AREA DE DECISION

###### 1.- CONAPRE - COTENMI

###### 1.1.-Dirección operativa - COTENMI

##### B.- AREA DE COORDINACION Y ASESORAMIENTO

###### 1.1.1.- Organismos de Cooperación no Gubernamental

###### 1.1.2.- Organismos de Cooperación Internacional.

###### 1.1.3.- Coordinación General.

###### 1.1.4.- Planificación.

###### 1.1.5.- Análisis de Sistemas (U M)

##### C.- AREA DE APOYO ADMINISTRATIVO

###### 1.1.6.- Dirección Administrativa.

###### 1.1.7.- Personal y servicios generales.

###### 1.1.8.- Contabilidad y presupuestos.

###### 1.1.9.- Suministros.

##### D.- AREA TECNICO NORMATIVA

###### 1.1.10.- Recursos humanos.

###### 1.1.11.- Comunicación social.

###### 1.1.12.- Servicios de Salud.

###### 1.1.13.- Desarrollo Social.

E.- REPRESENTANTES DE DIVERSOS SECTORES Y ORGANISMOS  
ACREDITADOS AL "CONAPRE"

II.- EL DESCONCENTRADO:

A.- AREA DE DECISION

J.- Direcciones Departamentales.

B.- AREA DE ASESORAMIENTO

1.1.-Organismos de Cooperación Regional.

1.2.-Coordinación.

1.3.-Planificación.

C.- AREA DE APOYO ADMINISTRATIVO:

1.4.-Administración (Proyectos)

D.- AREA TECNICA NORMATIVA:

1.5.- Desarrollo Social.

E.- REPRESENTANTES DE SECTORES Y ORGANISMOS  
ACREDITADOS ANTE EL "CONAPRE"

FUNCIÓNES

- a) Dar cumplimiento a las definiciones establecidas en la Política Global del estado boliviano en lo relativo a la prevención integral del uso indebido de drogas.
- b) Implementar políticas, estrategias, planes, programas y directrices generales y específicas: procedentes del CONAPRE, relativas a la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.
- c) Formular y ejecutar el PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL USO INDEBIDO DE DROGAS.
- d) Formular los programas operativos de gestión correspondientes a sus diferentes áreas de

actividad, asimismo proceder a su ejecución en el ámbito nacional.

- e) Como órgano ejecutivo del CONAPRE y por delegación: ejercer la coordinación intersectorial, interinstitucional y multisectorial.
- f) Formular e implementar normas técnicas-manuales, reglamentos, procedimientos, etc. destinados a viabilizar el cumplimiento del "Plan Nacional del Uso Indebido de Drogas" y otras acciones coyunturales.
- g) Implementar las etapas de gestión Administrativa: Planificación, Dirección, Organización, Control, Evaluación.
- h) Tomar decisiones que le son pertinentes, mediante su nivel de Dirección Ejecutiva.
- i) Proceder a la conformación e implementación de los Comités Departamentales dependientes del COFENMI, asumiendo la normatividad de estos organismos a nivel nacional.
- j) Formular e implementar la estructura orgánica del COFENMI.
- k) Como órgano Ejecutivo del CONAPRE, actuará como contraparte nacional de los organismos de cooperación bilateral y multilateral que apoyen la ejecución del PLAN DE PREVENCIÓN.
- l) Gestionar y Administrar la cooperación internacional, bilateral y multilateral necesaria que permita la ejecución del Plan Nacional de Prevención, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social.
- m) Desarrollar actividades afines a su competencia.

#### CAPITULO IV

#### ARTICULO 10.- DESARROLLO DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS

De conformidad al desarrollo institucional y a normas establecidas en los organismos del Poder Ejecutivo, según la "Ley de Organización Administrativa 10460", vigente, el CONAPRE -Consejo Nacional de Prevención de la Drogadicción, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social den su estructura administrativa, considera la implementación de los siguientes "Sistemas Administrativos".

- Sistema de Planificación.
- Administración de Personal y Servicios Generales.
- Administración contable presupuestaria.
- Administración de suministros.
- Sistema de Análisis de Sistemas (Racionalización Administrativa).
- Sistema de Información- Informática
- Sistema de Control Interno.

Los mencionados sistemas funcionan de conformidad a las normas generales e instructivos de los "núcleos centrales" (Cabeza de sistemas), ubicados en los correspondientes sectores.

Por otra parte, el COTENMI/CONAPRE cuenta con los correspondientes instrumentos de normatividad interna, manual de organización y funciones Plan Nacional de Uso Indebido de Drogas y otros documentos operativos.

### 3. Area Educativa

Considerando que la educación es el medio más idóneo con que cuenta la sociedad para formar al individuo, descubrir y desarrollar sus aptitudes; incorporarlo individual y colectivamente en el medio sociocultural, adecuar su personalidad a los cambios de la vida contemporánea y engrandecer su condición humana, corresponde que todos los que de alguna manera intervienen en el proceso educativo, la familia, la escuela, el grupo, la colectividad y el Estado participen en el proceso de "educar para prevenir" y de posibilitar que cada sujeto logre integrarse a la sociedad.

ARTICULO 1.- Es un derecho inalienable de todo ciudadano recibir la educación necesaria que le ayude a conservar, promocionar y defender su salud física, psíquica y social.

ARTICULO 2.- Las políticas a seguir en el área educativa son:

- Ampliar y profundizar el conocimiento de la problemática de la drogadicción a través de investigaciones en la comunidad educativa.
- Capacitar recursos humanos en las instituciones educativas para los niveles de asesoramiento, programación y operativo.
- Asumir la responsabilidad en el campo educativo para desarrollar un programa sostenido y permanente que responda a la realidad y al desarrollo socio-cultural, económico y político del país.

- Elaborar programas educativos, cuyo producto debe ser el conocimiento profundo en la realidad social; a cargo de instituciones técnico-pedagógicas y equipos interdisciplinarios y no producto de improvisaciones.
- Implementar en los diferentes programas de estudio del sistema educativo boliviano, en la problemática del tráfico y consumo de drogas, con un enfoque positivo para el desarrollo integral educando.
- Utilizar un lenguaje desmitificador de la problemática del tráfico y consumo de drogas, como transformadores de la conducta social.
- Evitar la "Estrategia del terror" como forma de intimidación al consumidor, así como la información sobre las formas de consumo o preparación de droga e información sobre fármacos desconocidos en nuestro medio.

ARTICULO 3.- Asignar la más alta prioridad y apoyo a los medios de prevención contra el uso indebido de drogas.

ARTICULO 4.- Incentivar programas destinados al tratamiento, rehabilitación y reinserción social, demandando para ello, la colaboración de los organismos especializados internacionalmente.

ARTICULO 5.- Se deberá informar a los jóvenes y a los padres de los peligros de la droga.

Se desarrollará una acción de prevención educadora, o sea acrecentar los esfuerzos en favor de la juventud, sea o no escolarizada, y en los medios especialmente de riesgo, se reforzará la progresiva definición de una política de información a maestros y comunicadores sociales, inmersos en la problemática consumo indebido de drogas. Promoviendo, impulsando y efectuando programas de prevención contra el uso indebido de drogas.

ARTICULO 6.- El Ministerio de Educación y Cultura prestará apoyo mediante una labor de formación y asistencia técnica, a la comunidad educativa en la búsqueda de programas de prevención eficaces, proporcionando para ello conocimientos, experiencias y oportunidades que respalden un crecimiento y aprendizaje sanos.

ARTICULO 7.- El Ministerio de Educación y Cultura elaborará un programa de educación infantil, en que se planteará la necesidad de promover el desarrollo integral de los niños en lo físico, intelectual, moral y estético para que crezcan de manera sana tanto mental como físicamente en una vida sin drogas.

ARTICULO 8.- Deberá mejorarse la calidad de la enseñanza y tomar en consideración todos los aspectos de su crecimiento garantizando una sólida base para su desarrollo.

ARTICULO 9.- Los programas preventivos deberán ser distintos según la comunidad de que se trata a fin de satisfacer las necesidades de cada grupo en particular. Los factores sociales hacen que ningún método preventivo sea necesariamente eficaz en todas las situaciones.

ARTICULO 10.- CONAPRE en coordinación con el Ministerio de Educación y Cultura elaborará y ejecutará programas formativos y preventivos sobre el consumo indebido de sustancias con alcoholadas debido a que es una función que corresponde a los educadores de todos los niveles, para la protección de la comunidad.

ARTICULO 11.- La intervención de un servicio especializado a nivel de la escuela podrá consistir en entrevistas de un técnico con un par de educadores o en reuniones especiales para tal fin. En cualquier caso, se dejará abierto un canal de comunicación entre la escuela y el servicio técnico.

ARTICULO 12.- El tema de la droga ha de entrar, como otro más en la programación escolar general, no solo para ser tratado de un modo objetivo y cuantitativamente en la medida adecuada, sino por no poder desligar de la tarea educativa global.

ARTICULO 13.- Al maestro debe facilitársele la información necesaria para que adquiriera conocimientos precisos acerca de la droga y de los procedi-

mientos pedagógicos a utilizar para impartirlos a todas las estrategias pedagógicas, así como los conocimientos concretos sobre drogas deberán adquirirlas a través de cursillos organizados y aprobados por el CONAFRE.

ARTICULO 14.- Es indispensable conocer la magnitud, características y alcances de éste problema en la comunidad y los grupos en los que se ha de actuar.

ARTICULO 15.- El docente debe actuar como agente activo del proceso de socialización secundaria y de resocialización, lograr el cambio de las actitudes de los jóvenes, generando nuevas aptitudes.

ARTICULO 16.- El educador debe tener un profundo conocimiento de las drogas, pero tiene que evitar las descripciones detalladas de su acción sobre la psiquis, para no despertar motivaciones.

ARTICULO 17.- La operativización del anterior planteamiento estará a cargo de un equipo docente interdisciplinario, del más alto nivel técnico muy capacitado en el conocimiento de las drogas en los aspectos sociológicos, psicológicos y culturales que determinan los desajustes de conducta y las motivaciones que inducen al consumo indebido de drogas.

ARTICULO 18.- Se capacitará al personal directivo y docente escolar para que aborden en forma adecuada el problema de farmacodependencia.

ARTICULO 19.- Los cursos deberán estar bien estructurados para suministrar al docente las bases para adaptar los contenidos a los curriculums y al sistema educativo, para actuar de acuerdo con las necesidades del medio social de la escuela y de la comunidad.

ARTICULO 20.- Los departamentos técnicos educacionales deberán estudiar, sintetizar activamente las experiencias exitosas para que puedan ser aplicados más ampliamente.

ARTICULO 21.- Se debe reformar las estructuras curriculares vigentes a fin de cubrir mejor las necesidades de los jóvenes y basados sobre las actuales condiciones económicas del país.

ARTICULO 22.- Debe tenderse a un cambio de actitud de los estudiantes, que deben ver que el ingreso a la universidad ya no es la única meta porque existen escuelas profesionales y técnicas que constituyen una ventaja para impulsar la modernización.

ARTICULO 23.- En lo referente a la educación formal, los planes y programas de los ciclos básicos, intermedio y medio en las materias.

ARTICULO 24.- A fin de reforzar la enseñanza básica se debe añadir a los ciclos intermedio y medio, cursos vocacionales y técnicos.

ARTICULO 25.- El maestro deberá guardar discreción con respecto al descubrimiento de alumnos consumidores, poniéndolo solo en conocimiento del Director del Centro Educativo quien a su vez debe mantenerlo en reserva.

ARTICULO 26.- La expulsión de un alumno será solo un último recurso que debe ser seriamente valorado, para aquellos casos en que represente un grave peligro de contagio y cuando se estime que, tanto para el bien común como para el bien individual, la medida va a ser provechosa, pero incluso en este caso, no se cerrará definitivamente la puerta al expulsado, que podrá regresar si experimenta una garantizada recuperación.

ARTICULO 27.- Al alumno expulsado debe dársele alternativas de solución, pues la sensación de marginación y la desescolarización pueden agravar el consumo de drogas.

ARTICULO 28.- El maestro procurará seguir interesándose por la evaluación del alumno durante el tiempo en que por tratamiento, expulsión temporal, pueda permanecer éste alejado de la escuela.

ARTICULO 29.- Debe procurarse crear escuelas secundarias especializadas, agrícolas y técnicas vocacionales de modo que una mayor cantidad de



estudiantes puedan adquirir una determinada pericia de producción durante el ciclo medio y sienten una buena base para su futuro trabajo.

ARTICULO 30.- Las universidades darán suficiente amplitud a los estudios sobre sustancias controladas y sus efectos, en las carreras de medicina, psicología, sociología, derecho y trabajo social.

ARTICULO 31.- El CONAPRE redactara y publicará una serie de libros de material cultural y de referencia adaptado a la enseñanza básica, intermedia y media en el problema de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

ARTICULO 32.- La educación sobre drogas se enmarcará en un enfoque global, en el que un equipo pedagógico y todas las personas que desempeñan una función educativa en la colectividad colaboren entre sí para sostener los esfuerzos que en esta materia realice cualesquiera de estos sectores.

#### **4. Area de Salud.**

ARTICULO 1.- Es competencia del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública a través de sus organismos especializados dar instrucciones de caracter general y especial sobre la limitación, fiscalización y control de productos comercializables que contengan sustancias controladas que determinen cualesquiera tipo de dependencia.

ARTICULO 2.- La venta de fármacos que contengan las sustancias antes mencionadas, sólo serán expendidas, previa presentación de una receta médica, de acuerdo con lo establecido legalmente.

ARTICULO 3.- Los médicos, dentistas o farmacéuticos deberán observar rigurosamente las normas legales, cuando prescriban el uso de sustancias controladas que determinen la dependencia física o psíquica.

ARTICULO 4.- Se reforzará el control de venta de medicamentos, información de médicos por medio de cursillos, apertura de centros de orientación y cuidados especializados y la formulación de instrucciones médicas en folletos informativos.

ARTICULO 5.- Es competencia del Ministerio de Salud ejercitar una acción fiscalizadora, en la forma establecida en la Ley, sobre fármacos que contengan sustancias controladas.

ARTICULO 6.- Se capacitará a los profesionales médicos, para atender pacientes con problemas de farmacodependencia en los centros de emergencia, asimismo se incentivará a la formación de recursos humanos en las áreas operativas para un correcto abordaje de la problemática Tráfico Ilícito y Consumo Indebido de Drogas.

ARTICULO 7.- Desarrollar una acción terapéutica, informar al cuerpo médico, formar especialistas, crear o desarrollar centros de asistencia, de curación, establecer una red de centros de convalecencia y reinserción social, definir una política médica para dichos centros.

ARTICULO 8.- El Ministerio de Previsión y Salud Pública establecerá una red de comunicación permanente de informes y consultas con organismos internacionales especializados y con las autoridades en el orden de salud con los que Bolivia mantiene relaciones internacionales.

ARTICULO 9.- Se desarrollarán acciones de prevención orientadas al diagnóstico precoz y al tratamiento oportuno y eficaz para evitar daños a la salud e inclusive la muerte por el uso indebido de drogas, a través de la creación y mejor funcionamiento de centros de tratamiento.

ARTICULO 10.- Se deben tomar en cuenta los criterios científicos relacionados con el consumo indebido de drogas. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud el farmacodependiente no es un delincuente, sino un enfermo y como tal debe ser tratado.

ARTICULO 11.- Los dependientes medicamente probados y que fuesen sorprendidos en posesión de sustancias controladas en cantidades mínimas que impliquen un uso personal serán conducidos a cualquier Instituto de Investigación en farmacode-

pendencia para su tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

La cantidad mínima para consumo personal inmediato será determinado, previo dictamen de peritos de un instituto de farmacodenpendencia. LAS dosis poseídas deben ser en pequeñas cantidades, de tal manera que racionalmente le sirvan al sujeto solo para su consumo individual inmediato, siempre y cuando fuere comprobadamente un consumidor.

ARTICULO 12.- ORGANISMOS DE ABEORAMIENTO Y ASISTENCIA  
CENTROS DE PREVENCION Y ASISTENCIA

Deberán encarar las tareas preventivas y las diferentes etapas de ayuda a farmacodependientes. Serán los Ministerios de Educación y Cultura y el Ministerio de Salud Pública y Previsión Social con el trabajo de un cuerpo médico especializado quienes encararán la labor de prevención a través de clase: en los establecimientos educativos y una acción eficaz, mediante exámenes periódicos de la población joven en riesgo.

ARTICULO 13.- CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL  
Tendrá como funciones:

- a) La coordinación en la asistencia, reeducación, readaptación, inserción y resocialización de personas dependientes de sustancias controladas, promoviendo la salud de la población infanto-juvenil, en cuanto pueda resultar afectada por el consumo ilícito de drogas.

- b) Internará a los pacientes o los asistirá ambulatoriamente, mediante el empleo de un plan terapéutico especializado.
- c) El que estando autorizado para la venta de fármacos, los suministre en calidad o cantidad que no corresponde a la receta médica o las expidiere sin exigir los requerimientos de ley será sancionado conforme a normas vigentes.
- d) El médico u otro profesional autorizado para recetar, que prescribiera sustancias controladas, fuera de los casos que indica la terapéutica ó en dosis mayores de los necesarios, será sancionado conforme a normas vigentes.

##### **5. Area de Comunicación.**

La comunicación en el caso de la Pretensión Integral tiene relevancia de primer orden, fundamentalmente por la dinamicidad con la que se expande y la diversidad de grupos sociales a los que afecta e involucra el problema social del tráfico ilícito y consumo indebido de drogas.

ARTICULO 1.- El Consejo Nacional de Prevención de la Drogadicción, es la Institución encargada de establecer una política de comunicación, de regular y asesorar los contenidos de los mensajes de pretensión dirigidos a la población.

ARTICULO 2.- Los contenidos y métodos de la información preventiva, deben basarse en el conocimiento de la realidad nacional en relación al problema del tráfico y consumo de drogas.

ARTICULO 3.- La información preventiva debe ser formulada multidisciplinariamente tomando en cuenta los valores socio-culturales de los grupos y sus diferentes regiones.

ARTICULO 4.-La información debe ser objetiva, clara y precisa producto de las especificaciones del contexto y de la realidad social del país y sus diferentes regiones.

ARTICULO 5.- La Información tiene que ser revisada periódicamente, en función de la progresión del fenómeno, de la actitud de los grupos sociales o de las nuevas formas de propagación.

ARTICULO 6.- Es preciso que la información se adelante a los acontecimientos, ya que sería mejor que en algunas regiones la información preventiva llegara antes que la droga.

ARTICULO 7.- Deben existir comunicadores especializados en el tratamiento de noticias relacionadas con el tráfico ilícito y el consumo indebido de drogas, para lo cual CONAPRE deberá organizar seminarios, en los que un equipo especializado del COTENMI informe y capacite a los comunicadores del área, sobre el adecuado tratamiento de las noticias concernientes al uso de drogas.

ARTICULO 8.- Estos seminarios deben contar con ciertas características básicas como ser: científicidad, credibilidad, profesionalismo, actualidad, etc.

ARTICULO 9.- El profesional de la información deberá evitar aquellos elementos o enfoques en su mensaje que faciliten la percepción de aspectos que puedan causar la distorsión del mensaje, como ser la falta de claridad o la información inadecuada.

ARTICULO 10.- Las campañas preventivas de medios masivos de comunicación, deben ser planificadas minuciosamente, dada la imposibilidad de precisar de antemano su audiencia y los efectos en la población receptora.

ARTICULO 11.- Los medios de comunicación difundirán gratuitamente mensajes dentro de las campañas educativas contra el consumo indebido de drogas.

ARTICULO 12.- Ningún texto, manual de prevención, seminarios, conferencias, ó propaganda sobre el consumo indebido de drogas que forme parte de una campaña de prevención será divulgado sin la previa autorización del CONAFRE.

ARTICULO 13.- El tema de la droga debe tratarse con sumo cuidado incluyendo en el mensaje información científica actualizada que debe ser lo más completa posible y transmitida con un lenguaje claro y preciso y que además provenga de una fuente

científica, a la cual habrá de hacerse alusión en el contexto del mensaje.

ARTICULO 14.- CONAPRE procederá a la censura, incautación y destrucción del material gráfico, cinematográfico, televisivo ó fotográfico que incentive el consumo de drogas.

ARTICULO 15.-Queda terminantemente prohibido publicar informaciones relativas a hechos en que aparezcan menores como distribuidores, comercializadores o consumidores de drogas, porque afectan su honor y dignidad.

ARTICULO 16.- Los medios de comunicación deben exigir a los responsables de programas preventivos contra la drogadicción, el sello de aceptación y visto bueno del CONAPRE.

ARTICULO 17.- Se deberá establecer flujos continuos y permanentes de información en materia de prevención, tanto a nivel nacional como internacional, con el fin de facilitar los entques de planificación y operativización de campañas.

ARTICULO 18.- El CONAPRE deberá ejercitar una rigurosa fiscalización en la censura de espectáculos públicos, a fin de evitar representaciones y situaciones que susciten un marcado interés por el uso de sustancias controladas.

ARTICULO 19.- Todos los medios de comunicación sin excepción deben trabajar conjuntamente con el CONAPRE, para no reproducir mensajes que atenten contra los objetivos de una Prevención Integral contra el consumo de drogas.

ARTICULO 20.-Se hace necesaria la implementación de sistemas de comunicación eficientes en la comunicación en su conjunto.

ARTICULO 21.- Toda publicidad referida al alcohol, tabacos y fármacos que contengan sustancias controladas, deberán llevar una advertencia sobre los daños a la salud y posible dependencia física o psíquica, sin este requisito ningún aviso deberá ser publicitado.

## **6. Area Social.**

ARTICULO 1.- Los menores en situación de riesgo son los que ingieren habitualmente bebidas alcohólicas o consumen sustancias controladas, siendo la J.N.A.S. la que se hará cargo de los mismos bajo su dependencia de servicios especializados.

ARTICULO 2.- Se considera de primordial importancia la creación de Centros Departamentales de Rehabilitación específicos para menores farmacodependientes, cuyo funcionamiento acatará normas y valores emanados de CONAPRE.

ARTICULO 3.- La Junta Nacional de Solidaridad y Desarrollo Social través del Organo de Protección de Menores definirá y ejecutará políticas de prevención para menores farmacodependientes en coordinación con CONAPRE.

ARTICULO 4.- El Tribunal Tutelar de Menores deberá previo diagnóstico, decidir el respectivo tratamiento médico que conduzca a su rehabilitación, el mismo que deberá realizarse en establecimientos creados con esa finalidad.

ARTICULO 5.- Los menores de 16 años que incurran en hechos calificados como delitos o faltas en el Código Penal u otras disposiciones especiales serán sometidos al tratamiento que disponga el Tribunal Tutelar del Menor.

ARTICULO 6.- Los menores de conducta asocial y farmacodependientes en ningún caso deberán ser guardados en instituciones represivas.

## CAPITULO IV

### ANALISIS CRITICO DE ALGUNOS ASPECTOS QUE CONTEMPLA LA LEY 1008

#### 1.-Aspectos legales del consumo de drogas.-

Los aspectos legales del consumo de drogas, están dados por medio marco jurídico-legal de la Ley misma, por una parte; por otra, obtendremos lo último que se ha dispuesto, sobre ésta actividad en la última Convención de Viena (Austria). Por noticias de prensa hemos llegado a conocer que, sobre consumo de drogas se ha planteado nuevas teorías y se han impuesto criterios acerca de su incriminación, en ciertas circunstancias.

En el título VII de la Ley que comentamos, se encuentra ubicado el articulado referente a Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social, los cuales están sometidos a estudio sistemático en la presente Tesis. En efecto, el Art. 136, expresa "INSTITUTOS DE TRATAMIENTO, REHABILITACION Y REINsercion SOCIAL". y, bajo este título, se inicia el Art.136 "INSTITUTOS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION EN DEPENDENCIA QUIMICA U FARMACODEPENDENCIA: El estado creará institutos y centros de investigación prevención, tratamiento y rehabilitación para la dependencia química, Física, psíquica (farmacodependencia), en el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los consumidores de sustancias controladas.

Podrán funcionar centros privados con el mismo objetivo, previa autorización del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social y la supervisión del Consejo Nacional de Sustancias Controladas".

De tal suerte que, el Estado, toma a su cargo la creación de dichos centros para tratar, rehabilitar y procurar la reinserción social del farmacodependiente. Autorizándose el funcionamiento de centros privados.

El Art. 137.-A su vez se refiere a las FUNCIONES e indica: "Los institutos mencionados en el Art. 136 diagnosticarán y tratarán a todo consumidor internado por disposición judicial, así como aquellos que sean solicitados por sus familiares o voluntariamente. Evaluarán las condiciones del farmacodependiente o toxicómano conducido al establecimiento y otorgarán todo informe técnico requerido por autoridad competente".

Vale decir que, existirá orden judicial expresa, en los casos que no sean solicitados por familiares o, por el mismo toxicómano, luego el establecimiento está obligado a prestar un informe técnico pertinente, si lo solicitan las autoridades.

EL PERIODO DE TRATAMIENTO, importa: "El que se presentare voluntariamente para ser tratado no podrá ser obligado a quedarse de interno, a menos

que estuviere en condiciones graves para su salud o proclive a actos antisociales o delictivos.

Los que hubieran sido internados obligatoriamente por ser consumidores dependientes y agravados por tenencia y otra forma compulsiva, deberán quedar internos o sometidos a tratamiento obligatorio por todo el tiempo que el médico especialista juzgue necesario y con el cotejo de un perito".

Por general el internado voluntario no podrá ser obligado a quedarse interno, salvo que peligre su salud; los internados obligados, deberán quedar internos, sometidos a tratamiento obligatorio, hasta que el especialista así lo considere y con el cotejo de un perito.

A su vez, con referencia a los menores, haremos notar que, de acuerdo al Código Penal, en el Instituto de la Imputabilidad, considera menores inimputables a quienes no se les puede hacer responsables por sus hechos criminosos y éstos son los menores de diez y seis años de edad.

El Art.139, de la Ley que analizamos, dispone: "MENORES DE 16 AÑOS.-Los consumidores que sean menores de 16 años serán puestos inmediatamente a disposición del Tribunal del Menor, que determinará obligatoriamente las medidas que se tomarán para su rehabilitación, En esta tarea cooperarán los padres o defensores del menor".

Comentario: El Código del menor de Carácter TUTELAR, determina que los menores deben ser tratados con un régimen especial, el cual no es punitivo, sino, más bien precautelador y tutelar; ampara al menor y, mucho más, en el caso concreto del Artículo que comentamos en el cual el menor es un drogadicto. Para el Derecho Civil el menor es aquél que no ha cumplido aún los 21 años.

Por lo que concierne al Art. 140, éste prescribe: EDUCACION FORMAL: "Los planes y programas en los niveles intermedio, medio, superior, técnico en las materias pertinentes de estudios sociales, biológicos y psicológicos, tendrán temas destinados a comprender los fenómenos que genera el tráfico y el consumo de drogas. Las Universidades, centros intermedios y medios, centros técnicos de educación no formales, los colegios técnicos militares, debían incorporar en sus planes y programas las materias sobre los problemas que genera el tráfico y consumo de drogas".

Lo que significa que todas las entidades de educación formal deben contribuir a difundir una pedagogía destinada a tratar la problemática del tráfico y del consumo de drogas con el fin de conocer los peligros morales, éticos y sociales que ocasionan y, sobre todo los gravísimos daños psicológicos y físicos que pueden llevar al consumidor a la muerte y la locura.

La EDUCACION NO FORMAL está establecida en el Art.141 de la Ley 1008 que reza: "El Consejo Nacional Contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas utilizará la educación no formal, como una estrategia para llegar al público, a fin de prevenir el consumo, el tráfico y la delincuencia relacionadas con sustancias controladas y hacer participar a la población y a la comunidad en la prevención integral. En estas tareas se requerirá la cooperación intersectorial, interinstitucional e interdisciplinaria, bajo la necesaria Dirección del Consejo Nacional Contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas".

Aquí observamos también la política criminal que traza la presente Ley, para combatir con todos los medios los flagelos del narcotráfico y la drogadicción. Para lo que no se escatima ningún medio y se acude a múltiples organismos para sostener dicha lucha sin cuartel.

El Art. 142 trata de LA INFORMACION Y COMUNICACION EN MATERIA DE DROGAS y expresa: "El Consejo Nacional diseñará políticas específicas en materia de información y comunicación social destinadas a la prevención integral del tráfico y consumo de drogas en sus aspectos informativos de la utilización de medios masivos de comunicación pública y privada para efectuar campañas de prevención.

El Consejo Nacional Contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas, reglamentará la realización de programas y campañas y el uso gratuito de los medios masivos de comunicación en el marco de esta políticas".

Se observa, así mismo la política criminal que sigue la estrategia de ir en la lucha contra el tráfico y la drogadicción por la misma línea de aniquilar con acertada difusión y publicidad dichas lacras.

LA REGLAMENTACION, queda establecida en el Art. 143 que dice: "El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, de acuerdo con el Consejo Nacional Contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas, dictará los Reglamentos sobre la organización, selección de personal, funcionamiento y responsabilidad de los Institutos de Investigación en Farmacodependencia".

Es, el citado artículo el que establece que el Ministerio de Previsión Social será el encargado de citar con plena atribución la respectiva reglamentación. Este Reglamento es el indicado para los Institutos de investigación de narcodependencia.

Por último el Art. 144 de LA REINCORPORACION SOCIAL, el que prescribe: "Los organismos competentes serán los encargados de adecuar los mecanismos correspondientes para facilitar la reinserción social y laboral de los ex-toxicómanos".

El Estado, por sobre todo en su enérgica y feliz lucha contra estos modelos de actividad delictiva y antisocial y considerando el vicio del drogadicto, vela por la reinserción social y laboral de los seres que han caído en la implacable garra del narco-dependencia a sustancias narcotiscalizadas.

**2.-Análisis exhaustivo de las posibilidades que se pueden presentar en las figuras de instigación, inducción, suministro y consumo o tenencia para el consumo.**

Los Artículos 56 (instigación); 54, (inducción); 51, (Suministro); 49, (Consumo y tenencia para el consumo), deben ser estudiados con cierta detención.

En efecto la Ley específica entiende por INSTIGACION lo que sigue:

INSTIGACION.- "Art.56.-"El que instigare o instare a otro a la comisión de cualquiera de los delitos tipificados en el presente Título, será sacionado con cuatro a seis años de presidio y dos mil a tres mil días multa. Si el instigador fuere menor o incapaz, la pena será de cinco a diez años de presidio y dos mil a cuatro mil días multa".

En Derecho Penal, se entiende por instigación, vale decir, determinar dolosamente a otro a cometer un hecho punible, del cual será considerado autor plenamente responsable. Es preciso que esta acción

sea determinante a la resolución del instigado, o que, al menos, haya fortalecido una intención vacilante; que se haya realizado con dolo, vale decir, con conocimiento de que se hará surgir en el otro la reponsabilidad por un hecho punible; Que el resultado, objeto final del instigador, sea la comisión de un delito doloso o culposo con comienzo de ejecución y por último que el instigado haya obrado como sujeto capaz e imputable. Si instiga a un irresponsable, es autor mediato.

El instigador es partícipe y exige que el agente obre voluntariamente, a sabiendas, con ánimo de asociarse al resultado.

Además, la participación puramente moral no es punible. La Participación en una manifestación de un fenómeno humano denominado "asociación", "quien por otro hace hacer, para si lo hace".

La acción del instigador es la de promover la determinación del autor; es una acción de conducta psicológica, cuyo medio es la palabra. Esta instigación debe ser directa, en sentido de que esté psíquicamente dirigida a un hecho determinado. INDUCCION.-Art. 54.- "El que indujere a otro al uso indebido de sustancias controladas, será sancionado con cinco a diez años de presidio y dos mil a cuatro mil días multa.

Si el inductor aprovechare su condición de ascendiente o autoridad sobre el inducido o éste

fuere menor de edad o incapaz o el delito se cometiere en establecimientos educativos, asistenciales, militares, policiales o penitenciarios o en sus inmediaciones, la pena será de diez a veinte años de presidio y cuatro mil a ocho mil días multa".

Inducción es sinónimo de persuadir, influir sobre otro para que haga o deje de hacer algo. Algunos toman el vocablo como sinónimo de llevar a alguien a una acción mala o prohibida. La inducción resulta en la Ley 1008 un delito muy grave, porque resulta que induciendo se conduce a otro al vicio y a la degradación, sobre todo al inducirlo a consumir drogas.

SUMINISTRO.- Art 51.- "El que suministrare ilícitamente a otros sustancias controladas, será sancionado con presidio de ocho a doce años y mil a dos mil días multa, cualquiera sea la cantidad suministrada."

La misma Ley dispone lo que debe entenderse por suministro, cuando en el inciso 1) del Art 33, se establece: ENTREGA O SUMINISTRO: "Se entiende por entrega o suministro el traspaso o provisión de una sustancia controlada entre personas, sin justificación legal para tal acto.

CONSUMO Y TENENCIA PARA EL CONSUMO. Art. 49.- "El dependiente y el consumidor no habitual que fuere sorprendido en posesión de sustancias controladas en cantidades mínimas que se supone son para su consumo personal inmediato, será internado en un

Instituto de farmacodependencia público o privado para su tratamiento hasta que se tenga convicción de su rehabilitación.

La cantidad mínima para su consumo personal inmediato será determinada previo dictamen de dos especialistas de un instituto de farmacodependencia público. Si la tenencia fuese mayor a la cantidad mínima caerá en la tipificación del Art. 48 de esta Ley (tráfico).

A los ciudadanos extranjeros sin residencia permanente en el país que incurran en la comisión de estos hechos se les aplicará la ley de residencia y multa de quinientos a mil días.

La misma Ley expresa que se entiende por consumo, en el inciso n) del Art.33, que manifiesta: " Se entiende por consumo el uso ocasional, periódico, habitual o permanente de sustancias controladas de las listas I, II, III y iv.

Sobre la llamada "cantidad mínima para uso inmediato personal" y, la propia definición que de consumo dá la Ley, haremos las críticas pertinentes en otra parte de ésta Tesis, cuando ingresemos a las críticas jurídico-legales y lógico-interpretativas que estamos obligados a verificar en homenaje al rigor científico.

CAPITULO V  
EL DROGADICTO O FARMACODEPENDIENTE Y EL ADICTO  
DELINCUENTE.

Este tema arranca de la propia Ley 1008, en la que su Art.4º expresa bien claramente cuándo un sujeto es adicto y cuándo es traficante.

Iniciaremos este estudio, indicando aclaraciones a la terminología científica-penalística: "ESTUPEFACIENTE": sustancia narcótica que ocasiona a quien la ingiere graves trastornos de orden psicofisiológico. El comercio de estas sustancias es lícito cuando se las destina al tratamiento médico o a la investigación científica"; "La voz alcaloide restringe el alcance de estupefaciente, ya que se trata sólo de una especie de estupefacientes". Hasta la creación de la Organización Mundial de la Salud, se regía la ciencia por el CODES MEDICAMENTARIUS.

Para dar los primeros pasos en esta trascendental materia debemos estudiar el significado legal que acuerda a cierta terminología la propia Ley específica, esto es, la Ley 1008, "LEY DEL REGIMEN DE LA COCA Y SUSTANCIA CONTROLADAS", de la que en el transcurso de la presente Tesis, acaba de promulgar el Supremo Gobierno de la Nación, un Decreto Reglamentario que hoy 5 de enero de 1987 anunció la prensa como tratándose del DECRETO REGLAMENTARIO No. 22099, reglamentario de la Ley 1008, que estamos estudiando. Una vez conocido su



texto, lo incorporaremos de inmediato a la tesis que cursa, ya que su importancia reglamentaria será seguramente muy grande, puesto que el Poder Ejecutivo se ha visto precisado a reglamentar la Ley 1008.

Sobre el tema de éste capítulo, hay que referirse de manera obligatoria al Título II de la Ley 1008, referente a: SUSTANCIAS CONTROLADAS, en su CAPÍTULO 1. DE LA TERMINOLOGÍA. El Art. 32, tiene el nomen iuris de SIGNIFICADO LEGAL: "La terminología usada en la presente Ley tendrá el significado corriente, pero si ella ha sido expresamente definida en su texto, esta definición será de aplicación obligatoria."

De aquí que el uso de la terminología establecida por la Ley, (Art.32) sea de empleo obligatorio y, ello, con el fin de evitar interpretaciones capciosas, caprichosas o arbitrarias.

El Art.33, expresa:"Para los efectos de la presente Ley se entiende por:

a)SUSTANCIAS CONTROLADAS:

Las sustancias peligrosas o fiscalizadas, los fármacos o drogas naturales o sintéticas consignados en las listas I, II, III, IV y V del anexo de la presente Ley, y las que en el futuro figuren en las listas oficiales del Ministerio de Salud Pública.

## 1. Concepto de droga o fármaco.

El concepto legal, no médico ni toxicológico está dado por el inciso b) del Art. 33. de la Ley 1008. Es el siguiente: "DROGA O FÁRMACO: es toda sustancia capaz de alterar las estructuras o las funciones corporales psíquicas, fisiológicas y/o biológicas, ocasionen o no dependencia y/o tolerancia".

## 2. Que se entiende por tolerancia.

La tolerancia, se encuentra definida (Inc. c) del Art. 33, como: "Es la propiedad por la cual, para inducir u obtener el mismo efecto, es necesario aumentar la dosis utilizada".

## 3. La dependencia física.

La Ley expresa lo que debe entenderse por DEPENDENCIA FISICA: "Es el estado de adaptación a la droga, que cuando se suspende su administración, provoca perturbaciones físicas y/o corporales".

## 4. La dependencia psíquica.

El inciso e) del Art. 33 de la Ley 1008 establece por DEPENDENCIA PSÍQUICA: "Es el estado en que una droga produce una sensación de satisfacción y un impulso psíquico que exige la administración periódica o continua de la misma por el placer que causa o para evitar malestar".

## 5. La dependencia química o farmacodependencia.

El inciso f) del Art.33 de la Ley que analizamos, nos define que es la DEPENDENCIA QUÍMICA O NARCODEPENDENCIA: "Es el estado psíquico y/o físico debido a la interacción entre el ser humano y la droga, natural o sintética, que se caracteriza por alteraciones del comportamiento y otras reacciones causadas por la necesidad y el impulso de ingerir la droga natural o sintética, en forma continua o periódica, con objeto de volver a experimentar sus efectos y a veces para evitar el malestar producido por la privación de la misma".

## 6. Etiología y terapéutica del estrictamente drogadicto o narcodependiente.

Aquí estudiamos las causas del consumo indebido de drogas, con capacidad para engendrar dependencia.

Resultan muy diversos los factores que pueden y de hecho intervienen en la iniciación, el mantenimiento, o, en su caso la interrupción de la autoadministración de drogas capaces de producir narcodependencia. Aún no se ha podido demostrar la existencia de una causa única, las drogadependencias son el producto de la influencia de una sustancia en realidad relacionada con una persona y un momento psico-socio-cultural.

Tenemos como primera impresión que las personas o individualidades que consumen este tipo

de sustancias da la impresión que lo hacen por muy diversas causas o razones, unas veces de manera expresa o consciente y en ocasiones inconscientemente.

En otras oportunidades por influencia de otros o por presiones o deseos de pertenecer a determinados grupos o para ser aceptados por otros grupos o "pandillas".

Una otra etiología debe buscarse en el hecho de que el sujeto quiere tener experiencias sui géneris, nuevas, de tipo placentero, sexual, emocionales, superar disgustos e inconvenientes; a veces dolores morales o reales en sentido físico o aventuras y afrontar peligros.

Otra causa es, en algunos, el desafecto a otros; manifestar independencia, superioridad, vanidad y hasta para aparecer "rebeldes sin causa" o para aparentar o ser realmente hostiles a su grupo o comunidad.

Siendo, no pocas veces la dependencia el producto de personalidad desintegradas psicópatas y hasta psicóticas, neurasténicas, histéricas, paranoides, megalómanas; o, el efecto de verdaderos trastornos o desajustes emocionales; fracaso en los estudios "traumas sociales", etc.

Pueden ser ocasionados también por aburrimiento, hastío, cansancio o descontento de su propia vida o también pobreza o negativismo vital,

falta de aprecio hacia sí mismo o falta de autoestima, complejos o fobias.

Tampoco son raros los casos en que el adicto ignore o no esté bien informado acerca del daño moral y material que producen, como consecuencia del consumo, las drogas indebidamente auto proporcionadas.

Factores estrictamente de Criminología Sociológica como tener mal ambiente familiar, escolar, etc.; crisis en la familia o también familia deshecha; ocasional o premeditado acceso a sustancias que ocasionan dependencia.

Escapismo a dolores físicos, trastornos nerviosos; superar tensiones o encontrarse en trance de haber sufrido desprecios, subalternización o frustraciones traumatizantes.

No olvidemos que las drogas ejercen perniciosa influencia sobre el organismo y sus efectos farmacológicos y de otra naturaleza que producen dichas drogas causantes de dependencia pueden hacer a las drogas atractivas para esa juventud consumidora; no podemos olvidar que las drogas tienen efectos farmacodinámicos y, de acuerdo a la droga que se administra el drogadicto, pueden producir alivio espiritual o atenuar un dolor; resultan, a veces, con efectos que anulan los estados ansiosos; en otros casos disminuyen a la persona en el efecto social de sus estados mentales y morales, llegando a perder los frenos inhibitorios.

Hay personas, además, que con la droga tiene sensaciones de transportarse a otros niveles de vida; deleitarse y relajarse, así como sentir sensación de alivio a la fatiga o cansancio; lograr a ingresar a un "nirvana"; obtener estados de super optimismo, euforia, excitabilidad y exacerbación sexual, etc.

Puede hacerse una especie de educación de esta manera: para llegar a comprender, explicar, pero no justificar la esencia de la narcodependencia resulta imprescindible conocer primero la acción recíproca entre la droga y el individuo que la ingiere y se autoproporciona y la interrelación que existe entre el drogadicto y el mundo circundante y medio ambiente en que está inmerso.

Existen más factores drogadictógenos, como ser el alcance, más o menos fácil de la sustancia peligrosa, caso de BOLIVIA, sobre todo en el Chapare, los Yungas Paceños, Santa Cruz, Cochabamba y La Paz, preferentemente; la influencia y la aceptación social. Hay drogas que son aceptadas por un determinado grupo social o por ciertas sociedades y hay ocasiones en que su consumo es estimulado y favorecido por determinados medios sociales, ejemplos patentes de esto, son los anuncios por todos los medios de comunicación social de las bebidas alcohólicas y del consumo de tabaco, cigarros y cigarrillos. Hay oportunidades en que el trato social mal entendido, la influencia de las amistades, la familia, los amigos propician su consumo.

El núcleo familiar resulta determinante para la crianza, desarrollo y evolución de la criatura y el niño, sin excluir al adolescente y joven; el grupo familiar debe brindar seguridad, cariño, amor y protección al niño y al joven. El silencio o la desafección son negativos, pues obstaculizan el intercambio y el diálogo que debe establecerse de manera regular y constante entre el hijo y los padres; entre los hermanos, etc.

A los vástagos hay que escucharles y estar al tanto de sus deseos, ambiciones, sentimientos y problemas. Hay que adoptar ante los hijos una conducta que les evite peligros que pueden sobrepasar su capacidad o poder de solución. No se les debe ocultar los problemas y peligros de la actual sociedad boliviana, profundamente anómica y en plena crisis moral y, por lo mismo con graves tendencia corruptivas, antisociales y delictivas.

No hay que descuidar los extremos referidos a la vida sexual, sobre todo teniendo en cuenta el flagelo del sida. Si el hogar no brinda al adolescente o al niño, en su caso, colaboración, ayuda o socorro que requiere, busca estos elementos fuera del hogar, en grupos cuyas costumbres, hábitos y normas de conducta ha de aceptar.

#### **6.1. Terapéutica.**

"Dónde puedo encontrar ayuda profesional para el problema de la droga?. desafortunadamente, en el país (Bolivia) son pocas las instituciones

especializadas en el problema de las drogas, no obstante el Instituto Nacional de Investigación en Farmacodependencia (INIF) (teléfono 3-56484

3-42391, casilla 4958 La Paz), proporciona atención médica en casos de sobredosis, así como tratamiento de rehabilitación para drogadictos.(<sup>6</sup>)

Asimismo podemos incluir la Campaña Educativa Sobre Estupeficientes (CESE), Teléfono 3-24072, casilla 21004, La Paz) la misma que se encarga de proporcionar información en general sobre el problema de las drogas en Bolivia, tanto para padres de familia como para escuelas y colegios, Universidades é instituciones en general.(<sup>7</sup>)

En la ciudad de Santa Cruz se cuenta con la Clínica Finell (Teléfono 43511, casilla 4245, Santa Cruz) que brinda tratamiento y rehabilitación a todas aquellas personas afectadas por el flagelo de las drogas.(<sup>8</sup>)

Por último otras opciones de ayuda profesional con los maestros, trabajadores sociales, y los

---

\*) Campaña Educativa sobre Estupeficientes, folleto "Padres e hijos contra el consumo de drogas" Publicación Oficial CESE pg. 5-6.

?) Folleto Citado, 6

•) Folleto citado,6

consultorios particulares de los psicólogos. (\*) (tomando del folleto "Padres e hijos contra el consumo de drogas") publicación oficial del CESA.

## **6.2. La Terapia Antidroga.**

¿Incorregibles o incorregidos?. Los usuarios, adictos y dependientes: ¿son incorregibles o incorregidos...? ¿Que debe hacerse? ¿Como responder familiar y socialmente?

Hoy resulta habitual ubicar en su contexto regional los factores pluridimensionales del problema como una encrucijada de elementos que van desde la personalidad psicológica del paciente hasta la situación familiar y social. ¿No están acaso estos factores mancomunados en la génesis de las toxicomanías.?

Se han superado las concepciones clásicas que veían más al fármaco que al enfermo como tal. Tratamientos de bases sólidas se fueron efectuando en distintos países entre tantos y al azar del empirismo y puede decirse que se ha progresado con esfuerzo. Coinciden en la inalterable meta de la desintoxicación (que resulta relativamente fácil). Donde el problema se aguja se hace más ríspido, es al tratar la curación del psiquismo para devolver al paciente el sentido de su voluntad perdida-darle

---

\*) Folleto citado, 6

gusto por la vida -que asegure su deseo de reinser-  
tarse en el grupo familiar y social.

Toca al médico hacer consciente en el adicto su afección, su situación, su tendencia a suicidarse paulatinamente, hacerle elaborar en términos de identidad y ponerle de relieve con el paciente trabajo, su parte sana. Hay que tratar de salvar, aunque sea algo, en todo ser humano. Avanzando en la terapia, se deberá avivar en el un plan, un "algo por qué vivir". Demostrar también que la familia y la sociedad renguean, pero que pueden hallarse elementos que deberá aprovechar.

El médico recibe del consumidor no habituado y, mucho más real, un muestreo ineludible donde entran factores de la patología individual, familiar y social interrelacionados. Deberá desbrozar camino tan imbricado valiéndose de un equipo interdisciplinario que reúna psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, sociólogos, maestros artesanos, sacerdotes y enfermeros especializados.

Todos y cada uno deben tener en claro el propósito elegido y clarificada la propia tendencia a marginar las pautas sociales o fantasear con la evasión de la realidad circundante. De lo contrario podría resultar que el seductor fuera el enfermo.

Partiendo de un claro sentido de la vida y un sentimiento de autorrespeto se podrá llegar al

paciente con la finalidad de atraerlo a la realidad considerando su problema pero tratando, como indispensable complemento, que se deshabitúe definitivamente del mundo caótico en que está o estuvo inmerso.

Tan solo conversar con drogadictos motiva generalmente una especial reflexión autocrítica sobre situaciones que a veces permanecen ocultas o al acecho y que un psicoterapeuta en la expresión amplia del vocablo tendrá que tener resueltas para encararlo como médico. El adicto remueve angustias y crea tensiones en quienes no lo son. De modo que se requiere un entrenamiento basado en un sentido de cabal equilibrio y elaboración constante.

Cabe agregar las frustraciones frente a un enfermo que una y otra vez reincide cuando el avance en su curación parecía esperanzador. Vuelve a la droga, insondable compañía, cual un corsi e ricorsi.

Quienes se ocupan de las tareas de rehabilitación merecen, para no malversar vocaciones, el apoyo de medios casi siempre inalcanzables y un buen programa de protección de la salud que los respalde, amén de elementos adecuados para realizarlos. Unirse a profesionales que enfrentan es tan grave como el enfermo en sí. En algunos países se da un paso adelante para luego inescrutablemente, dar dos atrás.

### 6.3. Las Terapias hospitalarias y ambulatorias.

Existe una creencia muy particular sobre que, desintoxicado el adicto se acabó el problema. Las cosas se han de encauzar inmediatamente como si nada hubiera ocurrido. Se lo lleva a un hospital o a una clínica donde se le interna, según el caso, o se le hace seguir un régimen ambulatorio o mixto (internación primero y externación cuando mejora).

No es fácil reducir el "hambre de droga". Cuando principia el tratamiento desintoxicador, verdadera emergencia médica, deberá tenerse presente si se trata de un simple usuario o si ha escalado en la adicción por un deseo fanático de no ser.

Es preciso someter al adicto a un interrogatorio médico, psicológico y social, al margen de los análisis toxicológicos de sangre y orina y de los estupefacientes que en sí le fueran hallados para conocer la droga o drogas, en caso de adicción cruzada que estaba utilizando en esos momentos.

Efectuada la diagnosis se administra el tratamiento de desintoxicación adecuado primero y psicoterapia después. Casi siempre es necesario interrogar a familiares y amigos.

El análisis clínico del paciente es de suma importancia porque puede dar lugar al descubrimiento de otras enfermedades orgánicas.

Habrá que estudiar cuidadosamente cómo llega a consulta. La excitación psicomotriz o, en su caso la depresión; la despersonalización tras la ingest n de alucinógenos y aún el p nico alucinatorio agudo son como tóxicos; estos son los fenómenos de flash back y la dramática situación que plantea el llamado síndrome de abstinencia.

Una consideración especial merecerán invariablemente las psicosis tóxicas. Es preciso investigar si se trata de una psicosis subyacente que la droga activ  o, incluso, si tal psicosis estaba compensada. Bien puede ocurrir que un episodio psicótico no tenga como causa directa la ingest n.

Estas someras enunciaciones permiten entrever las facultades que deben transitar médicos, toxicólogos y psicoterapeutas para cumplir la primera fase del tratamiento de desintoxicación para elegir los métodos más eficaces y llevarlos rápidamente a la práctica. Se recomienda no suprimir la droga en los casos de dependencia física. Sería tanto como impedir la producción de sodio y potasio en su organismo. Tampoco cuando la dependencia es psíquica o emocional porque su supresión es igualmente compleja y ahondara sus anomalías pudiendo en los casos en que la adicción es psicofísica, producir el síndrome de carencia, con sus negativas y patéticas consecuencias.

Los jóvenes orgánicamente sanos que se conceptúan principalmente sin un grado de acostumbraamiento y tolerancia mayor, producen por

lo general y sin que ello sea una constante, síndromes de abstinencia menos severos. En estos casos será preciso suministrar la droga, aunque reduciendo la dosis con relación a la necesidad del adicto. Eso permite evitar que la obtenga de manera espuria.

En muchas oportunidades se sustituye la droga de utilización por otra menos tóxica. Es lo que ocurre, según se ha visto con la metadona, prescribiéndose tranquilizantes de manera conexas.

Al establecerse la tolerancia a la metadona van desapareciendo las crisis depresiva o, en su caso, eufóricas y la imprescindible necesidad de la droga.

#### **6.4. La Psicoterapia.**

Llega después el trabajo más problemático e importante; comprender las causas y motivos que han llevado al paciente al uso, hábito y costumbre de la droga. Ubicar el contexto familiar y social para intentar revertir la situación.

En todo adicto debe verse un ser de personalidad oculta y difícil la que es imprescindible sacar a la luz del día. Cuando sienta que sus pies vuelven a pisar tierra con motivos reales constructivos, podrá pensarse que la poderosa acción de los tóxicos se ha alejado.

Para quienes tienen miedo a la oscuridad el entender fuego es un arte. Debe convencerse al adicto ya desintoxicado que el miedo así mismo, a la sociedad, al devenir, a la muerte, puede ser una forma de capacidad que, por una fuerza energética especial, se transforma en estímulo de creación y vida.

¿Cuál de los tratamientos psicoterapéuticos es el más adecuado o está rindiendo los mejores beneficios en la difícilísima tarea de rescate?. Es imposible señalarlo. Tampoco se pueden fijar los hitos de su evolución psicopatológica. Se está aún en la experimentación y los fracasos, por las constantes recidivas, superan a los logros.

Los psiquiatras, psicoanalista, toxicólogos y médicos clínicos, no han podido rehuir a la fascinación del tema. He notado que, en muchas ocasiones, tampoco logran alejarse de un profundo sentimiento de repulsa hacia esos jóvenes.

Será preciso que sobre todo los psiquiatras, psicoterapeutas y psicoanalista sublimen profundamente sus sentimientos fóbicos, sus propias sollicitaciones y sus prejuicios morales, sociales y científicos para encarar el problema. Su meta debe ser arraigar al paciente, porque este presenta una estructura alienante en lo particular y conflictiva en lo social. Subrayo estos extremos ya que en esta clase de terapias haya que admitir, por múltiples motivos, que el enfermo continúe drogándose, hasta que deje de hacerlo por efecto de su curación. La

atención ha de centrarse en que la droga no es parte de la enfermedad y vivirla como el paciente como tal. Si de repulsa se trata, debe serlo a la droga y no al paciente, aunque este recaiga una y otra vez en ella.

El tratamiento podrá ser más o menos largo, pero el psicoterapeuta y quienes rodeen su tarea (sociólogos, asistentes sociales, enfermeros) deben tener en claro que estamos frente a una enfermedad que amenaza a la sociedad, al menos con su peligrosa difusión, deberá trabajar para descubrir y hacer descubrir al paciente el significado de su toxicomanía y evitar la propalación.

#### **6.5. La Hospitalización y sus Problemas.**

¿Debe ser obligatoria?

La internación en hospitales con otro tipo de pacientes, incluso mentales, trae aparejados problemas insolubles; la influencia surge inmediatamente. El requerimiento de psicofármacos, los conciliábulos para lograrlos hace que el medio hospitalario se tiña del color de la drogadicción, y su comercio adquiere en miniatura las características del tráfico. Eso ocurre asimismo en hospitales o en salas de hospitales sólo dedicadas a toxicómanos.

Otra de las cuestiones que se plantean es si la hospitalización (lo que implica de suyo el tratamiento) debe o puede ser obligatoria en el caso de constatarse uso, abuso o dependencia a

drogas. La duda se disipa cuando se trata de un drogadicto-delincuente o un delincuente drogadicto que llega compulsivamente, enviado por la justicia o por seguridad.

La ley francesa reprime al simple consumidor aunque no se le secuestre la droga o no se le encontrase legalmente tenedor de ella. Si bien se considera que es un enfermo grave, lo que atenúa su delito, es casi indefectiblemente un elemento propagandístico o un pequeño traficante. Cuando de manera voluntaria se encamina a los centros de rehabilitación y pide ser sometido a una cura de desintoxicación, cuenta con la certeza del anonimato y la impunidad.

Tampoco se condena a los que son detenidos por primera vez, a quienes se lleva obligatoriamente a centros de rehabilitación. Si aceptan voluntariamente el tratamiento, se les asimila a los casos de presentación espontánea, destruyéndose todo dato personal de los ficheros.

Esto no ocurre en los casos de desintoxicación obligatoria. El Juez verifica si el adicto se presenta a las secciones hospitalarias (cuando la curación se efectúa con régimen ambulatorio) como un claro indicio de recuperación curativa. De lo contrario regirá la punición legal que, en la realidad práctica, sólo se ejerce tras algunas recidivas.



En los casos de drogadicción constatada médicamente no puede aceptarse que por exceso de culto al individualismo y a la libertad se dude del envío compulsivo de un enfermo a su terapia desintoxicatoria, porque al margen del resguardo social que merece la salud, debe pensarse que se trata de un enfermo también desde el punto de vista epidemiológico, capaz, conscientemente o no de impulsar a muchos más. Por ese atajo en "aras de la libertad", llegaríamos a la consecuencia de que es imposible impedir la siembra y recolección de marihuana, o que los laboratorios preparen los psicofármacos que se les ocurra. La torpeza es casi siempre una manera de no estar presente.

#### 6.6 Crítica a la Hospitalización indiscriminada.

Cuando la enfermedad es producto de la droga o de síntomas latentes que aquella hace presente en el psiquismo lo que merece dudas diagnósticas confesadas por múltiples médicos, la internación o actitud asilar es la respuesta válida, porque estamos en presencia de situaciones límite que ponen en peligro inminente la salud biopsíquica del afectado.

¿Es válida esa solución respecto a quienes hacen uso, abuso o dependen de estupefacientes?. Aún conceptuando que la internación debe ser forzada, no son los hospitales, los que están llamados a albergarlos.

Casi siempre el drogadicto tiene una enorme inestabilidad emocional, una anestesia de sus sentimientos y una incapacidad de razonamiento producida precisamente por su adicción. No puede externalizar sus agresiones, tensiones y aburrimientos. Son sujetos enigmas, pobres sujetos que no están en posesión de su propia deformación.

Si hay que resocializarlos, producida la desintoxicación, ¿es posible hacerlo en instituciones que los aíslan y los tratan como objetos, donde se les custodia y reprende".

En muchas regiones del planeta no se ha resuelto el problema de los alienados. Se les segrega, se les niega la posibilidad de una readaptación activa, de una recuperación de parte sana, y se les despersonaliza siquiendo los causas del estigma y los miedos sociales. Igual se pretende hacer con los adictos a drogas para mantener, detrás de muros, "la parte alienada de la sociedad".

Desarrollamos un notable sentido humano cuando la enfermedad es física: cáncer, tuberculosis, infartos, úlceras, enfermedades vesiculares, pero reservamos el fastidio de nuestra sana mentalidad para comprender - no digo ya atender la enfermedad psíquica. Y en muchos países se observa una patología institucional que reside en cerrar las puertas, alzar los muros, para que las gentes no vean ni sepan. Se entiende así la conservación de la apariencia de lo normal. De un objeto de

custodia no puede devenir un hombre.

Y cuando las instituciones hospitalarias o asilares no poseen los elementos terapéuticos indispensables, los medios adecuados, las personas con alto (servicio) sentido de servicio social y donde es imposible ningún tratamiento serio con, aunque fuere mínimas inquietudes interdisciplinarias y de investigación, o cuando todo eso se cercena, hay en esa actitud social una forma turbia é interesada de mantener y acrecentar la drogadicción. La "Materia prima" de la industria y del gran tráfico de estupefacientes es, nada más ni nada menos, el hombre.

Particularmente el hombre joven.

Ni con Leyes ni con publicaciones que engolan el tono al hablar del denuedo de la lucha antidroga, ni en congresos y jornadas no con hospitales cerrados en los confines de la sociedad, se podrán combatir las toxicomanías. El tratamiento está signado por la comprensión de la personalidad, la imperiosa postura contra todo tipo de uso, abuso o hábito dependiente y el brindar y hacer crecer elementos constructivos en la personalidad enferma.

Lo ideal reside en un programa amplio de prevención de la salud en el que la comunidad tome parte indisoluble y ayude a rescatar a sus hijos de la drogadicción e impedir que la juventud sana se sienta tentada.

Ningún aprendizaje social puede verificarse sin una constante y aplicada acción con respecto a estos enfermos y sin una conciencia social que los acepte. Ellos deben volver a esa sociedad con los mejores sentimientos y ansias de inserción útil.<sup>(10)</sup>

---

<sup>10</sup> NEUMAN, Elías "Drogas y criminología" Editorial Galache S.A.  
México 1ra Edición 1984 pg. 145 y sig.

CAPITULO VI  
EL EFECTO DE LAS DROGAS EN SUS ASPECTOS SIQUICOS  
Y FISICOS

**1. Los efectos de las drogas según la siquiatria.**

En materia de siquiatria hay dos formas de intoxicación, la intoxicación exógena como por ejemplo el alcoholismo y la intoxicación endógena, dentro de esas intoxicaciones si bien en cierta forma es exógena la ingestión de drogas, los efectos hacen que también se clasifiquen como una enfermedad mixta;. vamos a estudiar de acuerdo al ciclo histórico, no conforme al estudio derivado de la criminología o del Derecho Penal a la siquiatria, sino de la psiquiatria misma, por cuál razón - por que las razones son fundamentales ya que estas intoxicaciones que vienen en realidad del exterior pero que crean hábito incluso se llaman en la psiquiatria clásica "intoxicaciones de hábito", por ejemplo el profesor Levy Valensi que ha creado la psiquiatria francesa y alemana manifiesta lo siguiente: "Considero con este término de intoxicaciones de hábito las intoxicaciones que no solamente son nocivas por si mismas o sea en sí, sino que crean un estado de hábito en el ser humano es decir de una necesidad particular.

**2.-Clasificación de la siquiatria.**

La siquiatria tiene como establecidas clásica y legalmente aún en Europa: el morfinismo, el opiumismo, el cocainismo, el heterismo, el

clonalismo y la intoxicación por el hachis e inclusive en siquiatria el cafeinismo, sin embargo modernamente como derivado sobre todo en esta tesis, de la cocaína tenemos otras drogas más peligrosas que el sulfato y clorhidrato de cocaína; si queremos hacer un cuadro, nosológico de todas las enfermedades, de los hábitos y costumbres del drogadicto y de las drogas que existen tenemos que hacer lo con cierto orden y rigurosidad científica y hablar de la anfetamina, la cocaína, de un derivado de la cocaína que es el crack, el basuko, los depresores o sedantes, de la marihuana, de ciertos alucinógenos como la dietilamida del ácido lisérgico -25 conocido como LSD.

## **2.1. Efectos.**

### **2.1.a. Morfinismo.**

Su etiología, el morfinismo es la más frecuente de las intoxicaciones de hábito, porque, -por que la morfina fué utilizada en forma de heroína aún por intelectuales europeos, como por gente de Estados Unidos que tenía cierto nivel de moneda adquisitivo como para emplearla en esta reciente moda diletante, en los EE.UU. la morfina por cuestiones económicas y bioquímicas es reducida a la heroína derivado de la morfina, la heroínomania tiene los mismos síntomas pero más graves que el morfinismo, ataca a los que fácilmente pueden procurarse morfina, tal es el caso de los médicos, farmacéuticos, empleados de laboratorio enfermeros etc.

La tene os que el punto de partida es a menudo médico, se inicia en el tratamiento de un dolor, de una algia, que provoca el morfínismo; el morfínismo deriva en cólicos hepáticos, dolor de tabes, otras veces causa un dolor que no se puede ver con escarpelo, que es el dolor moral, que puede llegar a matar a una persona, al lado del morfínismo que es sedativo, para tranquilizar ten los al morfínismo del vicio, la búsqueda de la sensación desconocida, de los paraísos de la droga, de las escenas eróticas y quienes consumen de esta manera llegan a producir a otros seres humanos el contagio siquiátrico del consumo de las drogas; el morfínismo por ejemplo dentro de la familia, dentro del binomio conyugal ha sido conocido en Europa como el morfínismo de la pareja, de base erótica.

La forma de aplicación de la morfina es a través de inyecciones en los brazos, antebrazos, piernas, en todos los lugares de la piel donde hay un paquete de tipo adiposo; en cuanto a la dosis esta es progresivamente aumentada, pues la influencia del veneno se embota rápidamente, la dosis media es de 1 a 2 gramos y según el profesor Pichon hasta 9 gramos por cada caso, hay que desconfiar siempre de las dosis denunciadas por los candidatos a desmorfínizar, es decir desintoxicar pues tienden siempre a exagerar para ganar tiempo.

Vamos a explicar los síntomas del morfínismo de una forma muy rápida: este es un tóxico por hábito, su tragedia es que degenera en costumbre, la costumbre ocasiona el aumentarse a sí mismo

mayor cantidad de dosis, por otro lado crea hábito tanto psíquico como físico, entonces surge la necesidad y con esa necesidad hay un estado obsesionante el morfínico se vuelve repetidamente morfímano, no puede pasar sin la droga. Vamos a explicar el periodo esquemático de Chambard, con sus cuatro periodos de la morfina.

-Periodo de iniciación o euforia, viene a ser una luna de miel del morfímano, los dolores se mitigan, el espíritu está más alerta, concibe fácil sus proyectos, el sujeto diviniza a la droga como una diosa o una reina, pero las lunas de miel tienen su término y ese término se alcanza pronto.

-Periodo de vacilación, el enfermo morfímano se siente activo, brillante, lúcido y sin embargo en su subconsciente alguna cuestión especial que nadie ha descubierto en siquiatria, lo alerta y quiere llegar a dejar, a desabituarse.

-Periodo de morfímania, que se caracteriza por un estado de necesidad permanente y los transtornos son también permanentes.

-Estado de necesidad, es el cuarto periodo cuando ya ha llegado la hora en que la dicha del enfermo trata de abandonar y si alguien por ejemplo le habla de la droga, éste empalidece, los síntomas son de malestar, de inquietud, de angustia, de sudores fríos y bajo cualquier pretexto el sujeto se encuentra siempre angustiado, ingresa en estados de ansiedad con sensaciones de derrota, de quebrantamiento.

tamiento; en cuanto al aspecto físico biológico en el cuerpo del sujeto aparece la diarrea incoercible pronunciada y después viene un colapso, raros casos llegan a lo maniaco depresivo pero el sujeto vive temeroso de estos estados de persecución, de crisis histérica o de tipo epiléptico, después ingresa en un período de caquexia cuando los trastornos psíquicos han tomado un aspecto de torpor conjuncional que simula mas o menos la antigua demencia de los siquiátras, que ahora se llamaría oligofrenia o escasa inteligencia, hay un enflaquecimiento casi esquelético, sobrevienen los vómitos, las diarreas que no se pueden parar con nada porque le afectan todo el sistema digestivo, la albuminuria o sea el exceso de albúmina en la sangre, se presentan flemones en la piel del sujeto, todos éstos síntomas caquéticos o finales del estado biosíquico del morfinómano conducen intaltablemente en forma directa a la muerte. El periodo de conducir a la muerte se ha calculado entre un años y seis meses. En nuestro país no existen índices notables de consumidores de morfina ni LSD; respecto a la marihuana, ésta en parte es traída por los extranjeros que llegan a Bolivia, éstos realizan un trueque con los drogadictos bolivianos quienes entregan cocaína o más bien basuko y crack que son residuos de la cocaína a cambio de una marihuana desnaturalizada que en La Paz se llama marihuanita. El consumo de éstos fármacos ha dado lugar en nuestra ciudad particularmente en casas de lenocinio al hallazgo de seis cadáveres de individuos consumidores de drogas, éstos casos se encuentran descritos en los anales judiciales.

### 2.1.b. Opiumismo.

No es muy común en Bolivia, el opio es producto lógicamente de una planta de donde se deriva todo este morfinismo se llama amapola y en realidad las plantas son menos peligrosas que las semillas o el producto en la flor de la planta. El opio en Oriente se come, se bebe en Persia (ahora Irán) y se lo fuma en todas partes de China, Japón, Corea; en Inglaterra se la vende de manera farmacológica y aún en América y Bolivia misma es utilizada para aplacar los dolores en forma de laúdano. Thomas de Quincey uno de los más famosos consumidores de la droga del opio, siendo Lord Byron otro genio que añadía a sus bebidas, al whisky sobre todo, el laúdano; el laúdano se puede fumar cuando es sometido a un proceso de secado y concentrado, el opio se fuma mediante pipa, lógicamente constituye sobre todo en Inglaterra un delito. Existe un trabajo de Roger Dopouy (francés) que era toxicómano del opio, ha escrito un libro en francés, denominado "Les opiomanes" donde describe todas las reacciones personales, el opio no obra solamente por la morfina, el opio en estado físico se lo obtiene pero para ser consumido por el ser humano tiene que jugar el papel de alcaloide de segundo tipo mezclado con la morfina, hay que considerar además que el opio tiene un estado agudo y uno clínico de tipo crónico, el opio en estado agudo tiene las siguientes sensaciones, en primer lugar comienza una especie de constelación de motivos eróticos, fantásticos, de aventura, luego viene la etapa de embriaguez y luego una embriaguez

comatosa es decir ya patológica, enferma que puede llevar a la muerte; hay quienes consumen opio y dan al extraño una sensación de absoluta tranquilidad, serenidad, con el consumo de opio el apetito sexual se sobre excita pero es una excitación momentánea que se diluye en el tiempo, produce posteriormente sudores, prurito, un estado de nauseas, dolor de cabeza, somnolencia, estado de embriaguez y sueño, sueños felices y sueños de bruma como dice Queré un psiquiatra que ha experimentado el opio; cuando se consume opio (como dice Levy Valensi) el tiempo no pasa.

### **2.1.c. Cocainismo.**

El cocainismo o cocainomanía ha sido descrito por Erlen Meyer en 1886, tres años más tarde en 1889 el psiquiatra Magnan y Saury dieron de él una descripción completa, sin embargo lo que no consta es que fué Sigmund Freud quién para quitarle la opiomania a un amigo médico comenzó a hacer experimentos con la coca y descubrió el alcaloide derivado de la coca, sobre esto han trabajado los psiquiatras Briand y Vinchon, Vallon y Bessiéres, Courtois y Suffit, René Giroux con Logre y el mismo Levy Valensi, buscando, no degenerar la humanidad si no buscar un analgésico tan grande como es la nobocaina que actualmente se utiliza con fines terapéuticos.

La manera clásica de consumir la cocáina es por la nariz como rapé por medio de una pequeña espátula, la cocaina se mezcla con algún polvo

inerte, actualmente ya no se usa ácido bórico ni la lactosa, de esas aplicaciones resulta una irritación en la mucosa, la necrosis o sea la muerte de los tejidos de la nariz, de la perforación del tabique nasal.

El cocainismo agudo lo vamos a estudiar en dos estados:

**1ra.--excitación,** que provoca agitación, necesidad de hablar, reír, manifestaciones excesivas de alegría, de desesperación, con ellas el suicidio, de violencia, de manifestaciones eróticas, actos delictuosos incluso criminológicos tanto para provocar el consumo y la adquisición de la droga, pues el toxicómano tiene el sentido moral embotado.

**2da.--embriaguez,** aquí psiquiátricamente hay que hablar de un estado confusional con delirios de sueños, sueños generalmente trágicos que se llaman pesadillas y las crisis a veces epileptoides, el cocainómano se parece al alcohólico porque padece de un estado de excitación casi análogo.

El cocainismo crónico presenta hábito y estado de necesidad, el enfermo es apático, abúlico, indiferente, descuidado, triste, sombrío, la memoria casi desaparece, son amnésicos y no se acuerdan de lo que han hecho, memoria retrógrada ni de lo que han hecho casi inmediatamente, son personas que tienen perturbada la función síquica de la memoria, ingresan a una crisis de excitación con mal humor, luego caen en la tranquilidad en el

marasmo de la hiperestesia o el exaltado estado de sus sentidos, en una hiperestesia sensitivo esencial y sensorial llena de alucinaciones, de delirios, todo esto conduce al famoso delirio cocaínico, es un delirio de alucinaciones, todo sujeto enfermo se imagina voces colores, sensaciones dáciles, las alucinaciones pueden ser afectativas de varios sentidos pero en particular de la vista, alucinaciones ópticas; alucinaciones acústicas, voces que a uno le persiguen, voces de mando que lo obligan a cometer crímenes; alucinaciones genestésicas, sienten parálisis, escosor en el cuerpo.

Logré un gran siquiatra ha señalado que sienten que su piel es de cristal de cocaína misma, de agujas de jeringas; la alucinación motriz no es rara, el enfermo se siente flotando, a veces sumergido en agua; el estado general es malo el tinte es cadavérico por el enflaquecimiento, dolores estomacales, el estreñimiento, la dispepsia se altera con diarrea; otro síntoma que no se menciona es la tendencia suicida del enfermo, es fácil que un cocaínómano en estado de drogadicción profunda se mate a sí mismo y/o a su familia, ahí es donde fallan todas las fórmulas psiquiátricas.<sup>(11)</sup>

**Estimulantes.**— El mundo médico cuenta con anfetaminas desde los primeros años de la década de los

---

<sup>11)</sup> VALENSI, Levy, "Manual de Psiquiatria" Salvat Editores, S.A. Barcelona, pg. 332 y sig.

treinta, las anfetaminas son conocidas comunmente como pildoras para evitar el hambre, las drogas anfetaminicas aumentan la capacidad, la energia mental, elimina la depresión, cambian una sensación de fatiga por otra de excitabilidad, todos estos factores determinan el abuso que se hace de las anfetaminas y explican a la anfetamina como la pildora de la energia dinamógena, en algunas ocasiones los atletas consumen estos estimulantes como las anfetaminas, entonces entramos en un terreno penal que se denomina dopping de los atletas.

La dependencia psiquica o emocional es frecuente, los efectos principales son sensación de entusiasmo caracterizado por un accionar rápido, aumento de la confianza en si mismo, sensación de fuerza, de poder, disminución del apetito, fatiga, todo esto conjuncionando psiquiatricamente viene a determinar el cuadro de la vida artificial por que el cuerpo tiene que sentir cansancio, fatiga, apetito, sueño aburrimiento, eso es lo normal, hay algunos enfermos que se llaman distanciales por que al año o dos años del consumo de anfetaminas presentan decaimiento, nerviosismo, sienten una serie de calambres, dolores abdominales etc, ahora pueden llegar se dice a casos de locura, científicamente hablando psicosis, sin embargo no son tan violentos. El uso de anfetaminas con usos médicos es sumamente peligroso pues causan en los niños sobre todo, la disfunción cerebral mínima.



### 2.1.d. Basuko.

Una vez que hemos tocado el problema de las anfetaminas tenemos que referirnos al basuko o bazuko que es un compuesto que contiene como principal elemento la cocaína en proceso de extracción de la variedad de la coca llamada Novo Granatensi variedad de la coca que se cultiva en las regiones montañosas de Colombia y que mezclada con tabaco se utiliza para fumar, el basuko es la base de la cocaína que científica y farmacológicamente hablando es sulfato de cocaína pero en su etapa de primera preparación, por el método tradicional de extracción se obtiene el clorhidrato de cocaína, siendo el basuko el residuo o basura de un factor anterior a la obtención de la cocaína o sea concretamente sulfato de cocaína o cocaína en laboración, por tanto el basuko y la base de cocaína además de presentar diferentes concentraciones incluyen elementos químicos, por ejemplo gasolina, eter, cal, bicarbonato de sodio.

El tipo de reacciones y efectos derivados del consumo del basuko se traducen en el estado físico y psicológico del usuario, dependen de las experiencias previas al uso y abuso del basuko, las circunstancias del consumo, en resumen el tiempo que se lleva fumando. En el orden físico se produce la pérdida de peso en lapsos relativamente cortos, pérdida del deseo sexual; en los fumadores crónicos se presenta un proceso de desarticulación del lenguaje, de irritabilidad, hostilidad, cuando hay ya altas dosis tienen alucinaciones de carácter

auditivo, visual, delirio persecutorio, llegando inclusive a la locura o psicosis.

#### 2.1.e. Crack.

Otro producto de la cocaína, de efectos parecidos a los depresores y que tiene una denominación norteamericana es el "Crack", son residuos de pasta básica de cocaína inservible, el crack no es una droga nueva pero la práctica de vender en el mercado ilícito de drogas la base, o sea el sulfato preparado en polvo de clorhidrato de cocaína es nueva, al utilizar bicarbonato de sodio en lugar de eter, se puede transformar grandes cantidades de polvo de crack, en crack mismo con menos peligro, pero con un costo reducido, en los Estados Unidos el crack no es cocaína pues contrariamente a la creencia popular está adulterada con otras drogas como la efedrina, esfenil propano lamida, que permanecen luego en el cuerpo por ser extracciones de bioquímica, la acción es rápida, la euforia llega mucho más pronto, fumar crack puede llevar a cambios individuales de conducta, de personalidad, de presión grave, irritabilidad, agresividad, aislamiento, pérdida del deseo sexual, locura, conducta violenta de suicidio; las observaciones y estudios realizados permiten señalar que el usuario de crack recurre frecuentemente a una droga amiga que es el alcohol, la marihuana o los tranquilizantes; el consumo de marihuana y crack dan lugar al insomnio, depresión, psicosis, se produce irritabilidad en el sujeto, nerviosismo. En cuanto a las mujeres, el consumo

del crack ha determinado la aparición del "síndrome del chupón" en virtud del cual las mujeres que tienen bebés no pueden amamantar a sus hijos por que éstos por el consumo del crack han perdido la facultad natural de succionar el seno materno, entonces hay que alimentarlos con la leche materna o artificial a través de pequeños tubos o envases de plástico, ello se conoce actualmente como "síndrome del chupón".

#### **2.1.f. Marihuana.-(Cannabis sativa).**

La Asociación Médica Norteamericana (diciembre 1980) categorizó oficialmente a la marihuana como una "droga peligrosa.

La marihuana (cáñamo) es el nombre común de una droga cruda elaborada con la planta Cannabis sativa. A pesar de la imagen la marihuana ("grass") de los años 70 como una "simple hierba natural, orgánica", la planta es una compleja usina química.

El principal ingrediente psicoactivo (que altera la mente) es el THC, Delta-9-tetrahidrocannabinol, que puede encontrar concentrado en varias partes de la planta. El consumo por vía de inhalación se absorbe en un 50%, en contraste con lo que ocurre cuando se lo incorpora oralmente, donde se absorbe sólo en un 5 a un 10%, como es altamente liposoluble se concentra en las células con contenidos en lípidos, por ejemplo el tejido cerebral y nervioso en general, el uso repetido de

mariguana lleva a la acumulación de productos químicos en el cuerpo y a un deterioro gradual del individuo.

Al analizar los efectos psicológicos de la mariguana deben evaluarse tres tipos de factores:

a)La droga; su pureza, concentración, dosis, vía, frecuencia del uso, consumo, único múltiple, simultáneo o sucesivo.

b)El individuo: su estructura básica de personalidad, expectativas y fantasías depositadas en el ritual de la incorporación del fármaco, experiencias previas con el uso del mismo y/o de otras drogas, estado de ánimo en el momento del consumo etc.

c)El grupo: ya sea de la conformación y estado anímico de aquel que coparticipa de la experiencia, como también el más amplio panorama socio-cultural en el cual se desarrolla.

El consumo produce entre los síntomas psíquicos y perceptuales: ansiedad, dificultad para pensar y hablar, euforia, despersonalización, risas, estado ebrioso, fuga de ideas, pérdida del autocontrol, distorsión ilusoria de los objetos percibidos, visión borrosa, distorsión de la sensación de tiempo, hipersensibilidad para tonos agudos, trastornos ilusorios y/o alucinatorios sobre todo visuales. Entre los síntomas somáticos

produce sensaciones de calor, frío, somnolencia, debilidad, palpitaciones, cefalea, sed, hambre, incoordinación fatiga, mareos sensación de falta de peso o de flotar. Biológicamente, estudios realizados en Estados Unidos por Eduardo Truitt señalan cambios en la estructura de las células en el cerebro; el delicado equilibrio entre las aminas biógenas del cerebro se ve amenazado ante los cambios inducidos por la presencia de los principios activos de la marihuana. Trabajos realizados por el Dr. R. Fooney indicaron que la marihuana no sólo actúa como un sedante sino que se potencializa cuando se consume con el alcohol.

Una prueba irrefutable de la acción orgánica de la marihuana la brindan los fenómenos de tolerancia, causados tras su consumo periódico. Es decir que su uso en forma continua demuestra que con la administración de una misma dosis, su efecto farmacológico decrece, o, en otros términos, es necesario aumentar la cantidad y la frecuencia.

El Dr. Vincent de Paul Lynch y su equipo (1970) realizó un trabajo y en lugar de aplicar la marihuana (en animales) por vía oral o inyectable, lo hizo obligando a los animales a fumar durante tres minutos por día durante tres días (el equivalente de lo que sería para un humano un cigarrillo de marihuana diario). La primera descendencia no tuvo aparentemente alteraciones

morfológicas; pero en la segunda generación ocurrieron casos de anomalías en los cromosomas.

Guiándose por la simple ecuación de causa-efecto, no hay duda que la marihuana, a través de sus principios activos y múltiples factores, tiene señalados efectos biológicos. Se afecta principalmente la esfera del comportamiento, tanto o más importante para la salud individual y social.<sup>(12)</sup>

---

<sup>12)</sup> BITAR DE FERNANDEZ, Victoria "Drogadicción Manual para el desarrollo de programas de prevención primaria" Edición Aguila, Bs.As.-Argentina. pg.

CAPITULO VII  
PROBLEMA DEL TRATAMIENTO, REHABILITACION Y  
REINSERCION SOCIAL EN EL REGLAMENTO  
DE LA LEY 1008

El Decreto Supremo 22099 firmado en el Palacio de Gobierno en la ciudad de La Paz, en 28 de diciembre de 1989 y publicado en su copia fiel del original el día sábado 7 de enero de 1989 en el matutino Hoy nos da el texto de la reglamentación del título VII de la propia Ley, la reglamentación abarca ocho títulos y 52 artículos, de los cuales corresponden al título VII, contenidos en un capítulo único desde el Art. 35 hasta el Art 51 inclusive.

A.-El Estado y las empresas privadas no discriminarán en la provisión de empleos a las personas rehabilitadas y socialmente readaptadas.

Desde luego esta previsión es muy acertada puesto que el Estado como empleador y las empresas privadas no podrán discriminar para la provisión de empleos a las personas rehabilitadas y socialmente readaptadas. Y la única crítica que podemos hacer a este artículo es que no usa el término recomendado por Naciones Unidas que es el de "Reinserción Social"; no obstante que en el título aplica dicha terminología.

B.-Este artículo prevee que se considera la utilidad pública, la constitución de sociedades

civiles, asociaciones y fundaciones sin fines de lucro, para la prevención, rehabilitación y la investigación científica sobre las materias a que se refiere la ley. Su funcionamiento estará sujeto a reglamentación especial y a lo establecido en el segundo párrafo del artículo 136 de la Ley 1008.

Este artículo está sometido al artículo 136 de la Ley 1008 que es el primer artículo del título VII, sobre tratamiento, rehabilitación y reinserción social, cuando especifica Institutos de tratamiento y Rehabilitación en dependencia Química o Farmacodependencia: El Estado- dice creará Institutos y centros de Investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación para la dependencia química, física y síquica (farmacodependencia), en el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los consumidores de sustancia controladas.

Podrán funcionar centro privados con el mismo objetivo previa autorización del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y la supervisión del Consejo Nacional de Sustancias Controladas.

Bajo la norma del Art.antes citado de la Ley 1008 el Art. 36 considera utilidad pública que se constituya distintas asociaciones con la condición de que sean sin fines de lucro y destinados a la prevención, rehabilitación y a la investigación científica sobre las materias a que se refiere la Ley 1008. Por el mandato del Decreto reglamentario

22099 deben someterse estas investigaciones de tipo científico a las normas dictadas por el Art. 136 de la Ley 1008.

C.-El Art.37 del Reglamento de la Ley 1008 se refiere a que el Consejo Nacional Contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas, mediante sus organismos competentes desarrollará planes y programas de prevención, tratamiento, rehabilitación así como reinserción social, y contra el consumo ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Evidentemente en la Ley existía un vacío que el Decreto Reglamentario ha venido a suplir y a llenar otorgando las atribuciones mencionadas al Consejo Nacional Contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas que depende del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

D.-El art.38 tiene mucho interés ya que se conforma una especie de organismo multisectorial que se encuentra compuesto por los Ministerios del Interior, Migración y Justicia; Defensa Nacional; Aeronáutica; Educación y Cultura, Informaciones, Fuerzas Armadas; Policía Nacional y Universidades, sin descartar a otras Instituciones públicas y privadas que incluirán en sus planes y programas de estudio, esto es en su curriculum, materias referentes a la prevención del uso indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

E.-El uso indebido de drogas como tema de estudio debe incluirse obligatoriamente en el contenido curricular de los programas educativos del nivel básico al superior.

Los programas educativos sobre la materia de prevención deben ser elaborados por el Consejo Nacional de Prevención y Rehabilitación y ser ejecutados por los Organismos competentes.

Nosotros sugerimos que esta materia especial lleve el nombre como asignatura de: Conocimientos sobre los peligros de la Drogadicción y podría abarcar el estudio por separado de las principales que figuran en las cuatro listas de la Ley 1008 y después dar la materia abocada desde el punto de vista psicológico, de la clínica criminológica y de la psiquiatría; debe ser dictada con la mayor sencillez de lenguaje, claridad pedagógica y crudeza, haciendo resaltar los peligros de la drogadicción.

F.-El Art.40 prescribe que el Consejo Nacional de Prevención y Rehabilitación presentará a la Comunidad Educativa, programas difundidos en los medios de comunicación masiva destinados a informar sobre el tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

Podemos observar a este artículo que los medios de comunicación masiva como la Televisión aún no tienen programas cuya bondad pueda servir a la Comunidad Educativa, desgraciadamente la

Televisión Nacional en todos sus canales es criminógena, sólo se pueden observar escenas de luchas raciales, organización de bandas, de crímenes, suicidios, adulterios, violaciones y en resumen hacen todo lo contrario de lo que la higiene mental prescribe y no hay un organismo que controle a los programas antisociales, antiéticos y antijurídicos.

CAPITULO VIII  
PROBLEMA DEL TRATAMIENTO, REHABILITACION Y  
REINSERCIÓN SOCIAL EN EL REGLAMENTO DE  
LA LEY 1008 (Continuación).

A.-El Art.41 y otra disposición acertada del Decreto Supremo 00099, que dispone que en cada Comunidad Educativa (Escuela, Colegio, Universidad....etc.), se organizará una comisión interdisciplinaria con la participación de docentes y padres de familia y en coordinación con los comités de prevención departamentales para la promoción y difusión del conocimiento integral del fenómeno del uso indebido de drogas y su tratamiento.

B.-El Art.42 que también es aconsejable por su inclusión prescribe que los Institutos de tratamiento y rehabilitación estarán bajo control y supervisión del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

C.-Art.43. Las Unidades Sanitarias del País estarán encargadas de la Supervisión del funcionamiento de los Centros de Tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

D.-Art.44. El Artículo 44 se refiere a los Tribunales Tutelares y expresa que: Cuando disponga la internación obligatoria de menores para su tratamiento , rehabilitación en centros especializados de salud, atendidos por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, los

aspectos sociales serán atendidos por los organismos competentes.

A este artículo debemos hacer las siguientes aclaraciones: Primero pensamos que se trata de menores, como no lo dice la reglamentación se supone que son menores de edad y de acuerdo al cómputo civil, menores de 21 años; por que la misma ley de un tratamiento especial a los menores de 16 años, tal como la misma reglamentación indica en el Art. 47 que se estudiará.

E.-(Art.45) La Junta Nacional de Solidaridad y Desarrollo Social mediante el órgano de protección de menores definirá y ejecutará políticas de rehabilitación para menores farmacodependientes en coordinación con el Consejo Nacional de Prevención y Rehabilitación.

F.-Art.46.-Se creará centros departamentales de rehabilitación para menores farmacodependientes, cuyo funcionamiento se sujetará a normas establecidas por el Consejo Nacional de Prevención y Rehabilitación.

Esta norma crea los Centros departamentales destinados a la rehabilitación o, como utiliza las Naciones Unidas, preferiblemente el término "Reinserción Social" para menores de edad que sean farmacodependientes, cuyo funcionamiento se sujetará a normas establecidas por el Consejo Nacional de Prevención y rehabilitación

G.-Art.47.-Los menores de 16 años que incurran en hechos calificados como delitos tipificados en la Ley 1008, serán sometidos a tratamiento que disponga la autoridad especializada llamada por Ley.

Este Artículo tiene dos vertientes: primero que se refiere a los menores de 16 años que incurran en hechos calificados como delitos tipificados en la Ley 1008; existiendo un olvido imperdonable de parte del legislador y reglamentador de la Ley 1008, por cuanto se han olvidado de que el artículo 20 del Código Penal (EPH) el primer jurts de: En cuanto a las personas), establece que sus disposiciones se aplicarán a las personas que en el momento del hecho fueren mayores de 16 años, lo que en derecho Penal significa que los menores de 16 años no pueden cometer delitos ni culpas por ser considerados inimputables, la otra vertiente constituye la ambigüedad de la disposición legal cuando expresa que, "serán sometidos a tratamiento que disponga la autoridad especializada llamada por ley.

H.-Art.48.-Los contenidos y métodos de la información preventiva, deben basarse en el conocimiento de la realidad nacional en relación al problema del uso indebido de drogas y a las recomendaciones de la Organización de Naciones Unidas y sus agencias especializadas.

El reglamento da como pauta de que el contenido y la metodología informativa de carácter preventivo se basarán en el verdadero conocimiento de la realidad nacional relacionada con el problema del uso indebido de drogas de acuerdo a las recomendaciones de la Organización de Naciones Unidas y de sus agencias especializadas.

I.-Art.49.-La información relacionada con los problemas de tráfico ilícito y consumo indebido de drogas debe ajustarse a las normas de ética periodística, tendiendo a la educación preventiva y evitando la distorsión de los hechos y valores. Los infractores serán sancionados conforme al Art. 79 de la Ley 1008.

El Art.79 de la Ley 1008, se refiere a la apología del delito, cuya descripción es la que sigue: "Los que de manera tendenciosa, falsa o sensacionalista hicieron por cualquier medio, pública apología de un delito o de una persona procesada o condenada por narcotráfico, serán sancionados con dos a cinco años y dos mil a cuatro mil días multa

Este Artículo tiene estrecha relación con la tipificación del Art. 131 del Código Penal, Capítulo III del Título I, del Libro 2o o parte especial del Código Penal, cuyo núcleo del Art. 131 bajo el nombre jurídico "Apología Pública de un Delito" indica que incurrirá en reclusión de un mes a un año el que hiciere públicamente la apología de un delito o de una persona condenada. Apología

quiere decir defensa de un delito o de una persona condenada; entendiéndose que de la apología de una persona condenada no deben responder los abogados por la esencia misma de su profesión. Significa este artículo que la problemática del tráfico ilícito y del consumo indebido de drogas debe ajustarse a las normas de ética periodística y, debía añadir a la deontología o deberes de los periodistas para evitar distorsionar sucesos y conductas axiológicas y también tender a la educación preventiva bajo la pena de incurrir en el delito de apología del delito.

J.-Art.50.-Los medios de comunicación Social difundirán mensajes educativos-preventivos, de acuerdo a lo establecido en el segundo párrafo del Art. 142 de la Ley 1008, o sea que el Consejo Nacional contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas reglamentará la realización de programas, campañas y el uso gratuito de los medios masivos de comunicación en el marco de estas políticas.

K.-Art.51.-Se prohíbe la difusión pública de información, donde figuren menores de edad y de su identidad en hechos relacionados con actividades del tráfico o consumo de drogas.

Este Artículo tiene relación con las prohibiciones pertinentes del Código del Menor y que se funda, en fin de cuentas, en la defensa de la dignidad de los menores de edad.

CAPITULO IX  
CONVENCION DE VIENA

1.-Consideraciones Preliminares.

Las partes, en la presente Convención, profundamente preocupadas por la magnitud y la tendencia creciente de la producción, la demanda y el tráfico ilícitos de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, que representan una grave amenaza para la salud y el bienestar de los seres humanos y menoscaban las bases económicas, culturales y políticas de la sociedad,

Profundamente preocupadas asimismo por la sostenida y creciente penetración del tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas en los diversos grupos sociales y particularmente, por la utilización de niños en muchas partes del mundo como mercado de consumo y como instrumentos para la producción, la distribución y el comercio ilícitos de estupefacientes y sustancias psicotrópicas lo que entraña un peligro de gravedad incalculable.

Reconociendo los vínculos que existen entre el tráfico ilícito y otras actividades delictivas organizadas relacionadas con él, que socaban las economías lícitas y amenazan la estabilidad, la seguridad y la soberanía de los Estados,

Reconociendo también que el tráfico ilícito es una actividad delictiva internacional cuya

supresión exige urgente atención y la más alta prioridad. Conscientes de que el tráfico ilícito genera considerables rendimientos financieros y grandes fortunas que permiten a las organizaciones delictivas transnacionales invadir, contaminar y corromper las estructuras de la Administración Pública, las actividades comerciales y financieras lícitas y la Sociedad a todos sus niveles,

Decididas a privar a las personas dedicadas al tráfico ilícito del producto de sus actividades delictivas y eliminar así su principal incentivo para tal actividad, Deseosas de eliminar las causas profundas del problema del uso indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, comprendida la demanda ilícita de dichas drogas y sustancias y las enormes ganancias derivadas del tráfico ilícito, Considerando que son necesarias medidas de control con respecto a determinadas sustancias, como los precursores, productos químicos y disolventes, que se utilizan en la fabricación de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, y que, por la facilidad con que se consiguen, han provocado un aumento de la fabricación clandestina de esa drogas y sustancias.

Decididas a mejorar la cooperación Internacional, para la supresión del tráfico ilícito por mar. Reconociendo que la erradicación del tráfico ilícito es responsabilidad colectiva de todos los estados y que, a ese fin, es necesaria una acción coordinada en el marco de la cooperación internacional.

Reconociendo también la competencia de las Naciones Unidas en materia de fiscalización de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y deseando que los órganos internacionales relacionados con esa fiscalización actúen dentro del marco de las Naciones Unidas.

Reafirmando los principios rectores de los tratados vigentes sobre fiscalización de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y el sistema de fiscalización que establecen.

Reconociendo la necesidad de fortalecer y complementar las medidas previstas en la Convención Unica de 1961 sobre estupefacientes, en esa Convención enmendada por el Protocolo de 1972 de modificación de la Convención Unica de 1961 sobre estupefacientes y en el Convenio sobre sustancias psicotrópicas de 1971, con el fin de enfrentarse a la magnitud y difusión del tráfico ilícito y sus graves consecuencias.

Reconociendo también la importancia de robustecer e intensificar medios jurídicos eficaces de cooperación internacional en asuntos penales para suprimir las actividades delictivas internacionales de tráfico ilícito.

Deseosas de concertar una convención internacional que sea un instrumento completo, eficaz y operativo, específicamente dirigido contra el tráfico ilícito, en la que se tomen en cuenta diversos aspectos del problema en su conjunto, en

particular los que estén previstos en los tratados vigentes en la esfera de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Conviene en lo siguiente:

## 2. Definiciones.

### Artículo 1.- Definiciones.

Salvo indicación expresa en contrario, o que el contexto haga necesaria otra interpretación, las siguientes definiciones, se aplicarán en todo el texto de la presente Convención:

a) Por "Junta" se entiende la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y establecida por la Convención Unica de 1961 sobre estupefacientes y en esa Convención enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Unica de 1961 sobre estupefacientes;

b) Por "Planta de cannabis" se entiende toda planta del género Cannabis;

c) Por "arbusto de coca" se entiende la planta de cualquier especies del género Erythroxylon;

d) Por "transportista comercial" se entiende una persona o una entidad pública, privada o de otro tipo dedicada al transporte de personas, bienes o correo a título oneroso.

e) Por "Comisión" se entiende la Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas;

f) Por "decomiso" se entiende la privación de carácter definitivo de algún bien por decisión de un tribunal o de otra autoridad competente;

g) Por "entrega vigilada" se entiende la técnica consistente en dejar que remesas ilícitas o sospechosas de estupefacientes, sustancias sicotrópicas, sustancias que figuran en el Cuadro I o el Cuadro II anexos a la presente Convención o sustancias por las que se haya sustituido las anteriormente mencionadas, salgan del territorio de uno o más países, lo atraviesen o entren en él, con el conocimiento y bajo la supervisión de sus autoridades competentes, con el fin de identificar a las personas involucradas en la comisión de delitos tipificados de conformidad con el párrafo 1 del artículo 3 de la presente Convención;

h) Por "Convención de 1961" se entiende la Convención Unica de 1961 sobre Estupefacientes;

i) Por "Convención de 1961 en su forma enmendada" se entiende la Convención Unica de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Unica sobre Estupefacientes;

j) Por "Convenio de 1971" se entiende el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971;

k) Por "Consejo" se entiende el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas;

l) Por "embargo preventivo" o "Incautación" se entiende la prohibición temporal de transferir, convertir, enajenar o mover bienes, o la custodia o el control temporal de bienes por mandamiento expedido por un tribunal o por una autoridad competente;

m) Por "Tráfico ilícito" se entiende los delitos enunciados en los párrafos 1 y 2 del artículo 3 de la presente Convención.

n) Por "estupefaciente" se entiende cualquiera de las sustancias, naturales o sintéticas, que figuran en la Lista I o la Lista II de la Convención Unica de 1961 sobre Estupefacientes y en esa Convención enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Unica de 1961 sobre Estupefacientes;

o) Por "adormidera" se entiende la planta de la especie Papaver somniferum L;

p) Por "producto" se entiende los bienes obtenidos o derivados directa o indirectamente de la comisión de un delito tipificado de conformidad con el párrafo 1 del artículo 3;

q) Por "bienes" se entiende los activos de cualquier tipo, corporales o incorporeales, muebles o raíces, tangibles o intangibles, y los documentos

o instrumentos legales que acrediten la propiedad u otros derechos sobre dichos activos;

r) Por "sustancia sicotrópica" se entiende cualquier sustancia, natural o sintética, o cualquier material natural que figure en las Listas I, II, III, IV del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971;

s) Por "Secretario General" se entiende el Secretario General de las Naciones Unidas;

t) Por "Cuadro I" "Cuadro II" se entiende la lista de sustancias que con esa numeración se anexa a la presente Convención, enmendada oportunamente de conformidad con el Artículo 12;

u) Por Estado de tránsito" se entienbde el Estado a través de cuyo territorio se hacen pasar estupefacientes, sustancias sicotrópicas y sustancias que figuran en el cuadro I y el Cuadro II, de carácter ilícito, y que no es el punto de procedencia ni el de destino definitivo de esas sustancias;

### 3. Delitos y Sanciones.

Artículo 3.- Delitos y sanciones.

1. Cada una de las partes adoptará las medidas que sean necesarias para tipificar como delitos penales en su derecho interno, cuando se cometan intencionalmente:

a) I) (Producción, fabricación, extracción y preparación)

La producción, la fabricación, la extracción, la preparación, la oferta para la venta, la distribución la venta, la entrega en cualesquiera condiciones, el corretaje, el envío, el envío en tránsito, el transporte, la importación o exportación de cualquier estupefaciente o sustancia psicotrópica en contra de lo dispuesto en la Convención de 1961, en la Convención de 1961 en su forma enmendada o en el Convenio de 1971;

II) (Cultivo) El cultivo de la adormidera, el arbusto de coca o la planta de cannabis con el objeto de producir estupefacientes en contra de lo dispuesto en la Convención de 1961 y en la Convención de 1961 en su forma enmendada;

III) (Posesión o adquisición). La posesión o adquisición de cualquier estupefaciente o sustancia psicotrópica con objeto de realizar cualquiera de las actividades enumeradas en el precedente apartado I );

IV) (Fabricación, transporte y distribución de precursores).

La fabricación, el transporte o la distribución de equipos, materiales o de las sustancia enumeradas en el cuadro I y el cuadro II, habiéndose de que van a utilizarse en el cultivo, la producción o la fabricación ilícitos de estupefacientes o sustancia psicotrópicas o para dichos fines;

V) (Organización, Gestión y financiación) La organización, la gestión o la financiación de alguno de los delitos enumerados en los precedentes apartados I), II), III), o IV);

b) I) (Conversión o transferencia de bienes procedentes de los delitos del Art.3) La conversión o la transferencia de bienes ha sabiendas de que tales bienes proceden de alguno o algunos de los delitos tipificados de conformidad con el Inc.a) del presente párrafo, o de un acto de participación en tal delito o delitos, con objeto de ocultar o encubrir el origen ilícito de los bienes o de ayudar a cualquier persona que participe en la comisión de tal delito o delitos o eludir las consecuencias jurídicas de sus acciones;

II) (Ocultación, Encubrimiento) La ocultación o el encubrimiento de la naturaleza, el origen, la ubicación, el destino, el movimiento o la propiedad real de bienes, o de derechos relativos a tales bienes, a sabiendas de que proceden de alguno o algunos de los delitos tipificados de conformidad con el inciso a) del presente párrafo o de un acto de participación en tal delito o delitos.;

c) A reserva de sus principios constitucionales y a los conceptos fundamentales de su ordenamiento jurídico:

I) (Adquisición, posesión o utilización de Bienes) La adquisición, la posesión o la utilización de bienes, a sabiendas, en el momento de

recibirlos, de que tales bienes proceden de alguno o algunos de los delitos tipificados de conformidad con el inciso a) del presente párrafo o de un acto de participación en tal delito o delitos;

II) (Posesión de equipos o materiales de los Cuadros I) y II) La posesión de equipos o materiales o sustancias enumeradas en el cuadro I y el cuadro II, a sabiendas de que se utilizan o se habrán de utilizar en el cultivo, la producción o la fabricación de estupefacientes o sustancias sicotrópicas o para tales fines;

III) (Instigación o inducción) Instigar o inducir públicamente a otros, por cualquier medio, a cometer alguno de los delitos tipificados de conformidad con el presente artículo o a utilizar ilícitamente estupefacientes o sustancias sicotrópicas;

IV) (Participación Criminal) La participación en la comisión de alguno de los delitos tipificados de conformidad con lo dispuesto en el presente artículo, la asociación y la confabulación para cometerlos, la tentativa de cometerlos, y la asistencia, la incitación, la facilitación o el asesoramiento en relación con su comisión.

2.-A reserva de sus principios constitucionales y a los conceptos fundamentales de su ordenamiento jurídico, cada una de las partes adoptará las medidas que sean necesarias para tipificar como delitos penales conforme a su derecho interno.

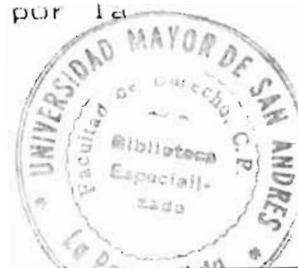
cuando se cometan intencionalmente, la posesión, la adquisición o el cultivo de estupefacientes o sustancias sicotrópicas para el consumo personal en contra de lo dispuesto en la Convención de 1961, en la Convención de 1961 en su forma enmendada o en el Convenio de 1971.

3.-El conocimiento, la intención o la finalidad requeridos como elementos de cualquiera de los delitos enunciados en el párrafo 1 del presente artículo podrán inferirse de las circunstancias objetivas del caso.

4.- a) Cada una de las partes dispondrá que por la Comisión de los delitos tipificados de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo se apliquen sanciones proporcionadas a la gravedad de esos delitos, tales como la pena de prisión u otras formas de privación de libertad, las sanciones pecuniarias y el decomiso.

b) Las partes podrán disponer, en los casos de delitos tipificados de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo, que, como complemento de la declaración de culpabilidad o de la condena, el delincuente sea sometido a medidas de tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación o reinserción social.

c) No obstante lo dispuesto en los incisos anteriores, en los casos apropiados de infracciones de carácter leve, las partes podrán sustituir la declaración de culpabilidad o la condena por la



aplicación de otras medidas tales como las de educación, rehabilitación o inserción social, así como, cuando el delincuente sea un toxicómano, de tratamiento y postratamiento.

d) Las partes podrán, ya sea a título sustitutivo de la declaración de culpabilidad o de la condena por un delito tipificado de conformidad con el párrafo 2 del presente artículo o como complemento de dicha declaración de culpabilidad o de dicha condena, disponer medidas de tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación o reinserción social del delincuente.

5.-Las partes dispondrán lo necesario para que sus tribunales y demás autoridades jurisdiccionales competentes puedan tener en cuenta las circunstancias de hecho que den particular gravedad a la comisión de los delitos tipificados de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo, tales como:

a) La participación en el delito de un grupo delictivo organizado del que el delincuente forma parte;

b) La participación del delincuente en otras actividades delictivas internacionales organizadas;

c) La participación del delincuente en otras actividades ilícitas cuya ejecución se vea facilitada por la comisión del delito;

d) El recurso a la violencia o el empleo de armas por parte del delincuente;

e) El hecho de que el delincuente ocupe un cargo público y de que el delito guarde relación con ese cargo;

f) La victimización o utilización de menores de edad;

g) El hecho de que el delito se haya cometido en establecimientos penitenciarios, en una institución educativa o en un centro asistencial o en sus inmediaciones o en otros lugares a los que escolares y estudiantes acudan para realizar actividades educativas, deportivas y sociales

h) Una declaración de culpabilidad anterior, en particular por delitos análogos, por tribunales extranjeros o del propio país, en la medida en que el derecho interno de cada una de las partes le permita.

6.-Las partes se esforzarán por asegurarse de que cualesquiera facultades legales discrecionales, conforme a su derecho interno, relativas al enjuiciamiento de personas por los delitos tipificados de conformidad con lo dispuesto con el presente artículo, se ejerza para dar la máxima eficacia a las medidas de detección y represión respecto de esos delitos teniendo debidamente en cuenta la necesidad de ejercer un efecto disuasivo en lo referente a la comisión de esos delitos.

7.-Las partes velarán por que sus tribunales o demás autoridades competentes tengan en cuenta la gravedad de los delitos enumerados en el párrafo 1 del presente artículo y las circunstancias enumeradas en el párrafo 5 del presente artículo al considerar la posibilidad de conceder la libertad anticipada o la libertad condicional a personas que haya sido declaradas culpables de alguno de esos delitos.

8.-Cada una de las partes establecerá, cuando proceda en su derecho interno un plazo de prescripción prolongado dentro del cual se pueda iniciar el procesamiento por cualquiera de los delitos tipificados de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo. Dicho plazo será mayor cuando el presunto delincuente hubiese eludido la administración de justicia.

9.-Cada una de las partes adoptará medidas adecuadas, conforme a lo previsto en su propio ordenamiento jurídico, para que la persona que haya sido acusada o declarada culpable de alguno de los delitos tipificados de acuerdo con el párrafo 1 del presente artículo, que se encuentren en territorio de dicha parte, comparezca en el proceso penal correspondiente.

10.-A los fines de la cooperación entre las partes prevista en la presente Convención, en particular la cooperación prevista en los artículos 5, 6, 7 y 9, los delitos tipificados de conformidad con el presente Artículo, no se considerarán como delitos

fiscales o como delitos políticos ni como delitos políticamente motivados, sin perjuicio de las limitaciones constitucionales y de los principios fundamentales del Derecho Interno de las Partes.

11.-Ninguna de las disposiciones del presente artículo afectará al principio de que la tipificación de los delitos a que se refiere o de las excepciones alegables en relación con éstos queda reservada al derecho interno de las Partes y de que esos delitos han de ser enjuiciados y sancionados con arreglo a lo previsto en ese Derecho.

## CONCLUSIONES

De la formulación de la anterior tesis tenemos que indicar más o menos numéricamente las siguientes consecuencias y al mismo tiempo recomendaciones que nos permitimos formular a la Tesis., como se encuentra históricamente el problema de la drogadicción y el problema del consumo de droga por consiguiente son datos reveladores los que la prensa actual ha captado últimamente respecto de los medios mundiales de represión del tráfico de drogas.

La reunión de expertos en Roma, por ejemplo, ha indicado sin lugar a dudas que Bolivia produce unos cuatro mil millones de dólares en derivados de la coca, de ese dinero dicen quedan trescientos y quinientos millones de dólares y los campesinos reciben sólo el diez por ciento. Señala que si narcotraficantes decidieran liquidar con dinero la deuda "contante y sonante" la deuda externa boliviana y colombiana, "terminaría la circulación constante de dinero" y vendría "a crearse una crisis de alcances imprevisibles en todo el sistema financiero mundial". Esta es una nota de alarma que nos sirve para dar inicio a las conclusiones y recomendaciones sobre el problema de la drogadicción que es el directamente derivado del narcotráfico.

Las cifras que hemos citado se refieren al narcotráfico, ahora tenemos que considerar tres posibilidades para hacer conclusiones de la Tesis.

La imposibilidad en que se encuentran aún las naciones desarrolladas como Estados Unidos de Norteamérica para prevenir el narcotráfico y la drogadicción. En Bolivia se ha dado una señal de alarma que ha sido discutida y es discutida por un partido político jefaturizado por el Dr. Romeo Li Natale que proponía la licitud o legalidad del comercio y aún del consumo de cocaína, esto ha sido sumamente criticado en Bolivia y también en el extranjero pero hace más o menos una semana atrás o sea a fines del mes de marzo del año en curso; un grupo de senadores de EE.UU. han propiciado y han sugerido la vigencia legal y despenalización de ciertas sustancias que son refutadas peligrosas por las leyes internacionales y la ilicitud del consumo de drogas, como se trata de un aspecto realmente importante que debe pronunciarse en nuestra Tesis, sobre qué política criminal debe adoptar nuestro gobierno que es el más interesado por combatir el narcotráfico y por consiguiente en disminuir la drogadicción; nos vamos a basar en esta última reunión que es desde luego posterior en más o menos tres meses a la Convención en Viena, donde Bolivia ha sido el país que se hizo cargo de dirigir todas las alternativas de la discusión, allí tenemos por ejemplo lo siguiente como premisa para nuestra conclusiones y una premisa que tiene el valor de ser actual, y que es la última que no puede ser rebasada por ningún conocimiento científico: La posición de los países latinoamericanos productores de coca (se sostiene en Roma), o sea el Ecuador, Colombia, Perú y Bolivia, es diferente de los países industrializados, consumidores de cocaína dijo a EFE

en Roma Anthony Henman, antropólogo y miembro del Consejo Estatal sobre Estupefacientes de San Pablo (Brasil).

Henman, profesor de la Universidad de Campinas (San Pablo), participa en el Congreso de fundación de la "Liga Internacional Antiprohibicionista sobre las Drogas" o sea una liga que se opone a la prohibición del consumo de drogas, en resumen se sostiene en la Tesis radicalmente opuesta y contraria a la política que constantemente han seguido todos los países de penalizar incluso el consumo de drogas, de considerar que es un problema de higiene mental. Estas discusiones han sido promovidas por la Coordinadora Radical Italiana (CORA).

Junto al boliviano José Mirttenbaum, antropólogo y sociólogo, asesor de la Comisión Nacional para la Coca (integrada por la Federación Campesina y la Central Obrera Boliviana), y la criminóloga venezolana Doña Rosa del Olmo, profesora e la Universidad Central de Caracas, Henman participó de una reunión realizada por EFE para clarificar la posición de los países latinoamericanos productores de coca en los que se refiere al antiprohibicionismo.

"Tenemos que desmitificar dice, una visión ortodoxa que existe sobre el funcionamiento de la economía de la droga" según dijo Henman.

Señaló en ese sentido que, según la "visión ortodoxa" (o sea visión realista, verdadera), hay "una mafia que la explota (la economía de la droga y que corrompe a las instituciones de los países productores).

Agregó que existe, sin embargo, "una visión alternativa, según la cual lo que corrompe las instituciones es la guerra desencadenada por la intervención extranjera (estadounidense concretamente) no solo en la Policía y Ejércitos de los diversos países en que actúa, sino incluso en los Ministerios de Sanidad y Educación".

Según los participantes en el foro, "es necesario distinguir varias categorías: En primer lugar la de los países productores y la de los consumidores, luego la de la toxicodependencia de la producción de la hoja de coca", o sea el segundo problema sería la narcoddependencia o toxicodependencia concretamente al trabajo que estamos elaborando y que ya hemos concluido sobre la reducción en lo posible del problema del consumo. Y, por fin, y sobre todo. "a dónde va la campaña represiva que estados Unidos está imprimiendo, directamente a través de organismos internacionales.

Mirtenbaum que es el representante boliviano, explicó que para Estados Unidos se trata, sobre todo, de "un cambio de vector" de los inmensos capitales que mueve la producción y comercialización de la coca.

Señaló en ese sentido que Bolivia produce aproximadamente cuatro mil millones de dólares anuales en productos derivados de la hoja de coca y que, "de ese dinero queda en Bolivia entre trescientos y quinientos millones de dólares, de los cuales llega a los campesinos que la cultivan un diez por ciento."

A Estados Unidos, dijo, "le interesa cambiar el vector de acumulación de ese capital", de modo que no beneficie directamente a los países que lo producen.

La criminóloga Doña. Rosa del Olmo subrayó que según datos de la real Policía Montada Canadiense, California "se ha convertido en el primer productor y exportador mundial de marihuana", después de que EE.UU lograra eliminar del mercado la producción mexicana y gran parte de la colombiana, con "métodos represivos tradicionales".

Respecto a la política de los "cultivos sustitutivos", Henman dijo que "no funciona porque ningún producto puede sustituir el valor económico de la coca", y agregó que, en cambio y en todo caso, debería ponerse en marcha una "sustitución de la economía de la coca", lo cual significaría "dar precios preferenciales al maíz y al algodón, por ejemplo".

Se ofrece a los campesinos, subrayó Doña Rosa del Olmo, "cambiar la coca con semillas y son tres veces más caras que la coca, y que además necesitan

fertilizantes y otros productos químicos que hay que comprar".

Para esta política propuesta por organismos independientes de Naciones Unidas, como la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), tuviera éxito habría que "cambiar todo el sistema económico mundial", puntualizó el representante boliviano.

Ese cambio de sistema se logrará "eliminando las barreras arancelarias y el proteccionismo, de tal modo que la exportación de estos productos adquiriera un sentido práctico y concreto para los países que actualmente viven de la hoja de coca" agregó. Por lo demás "las compensaciones prometidas a los campesinos que voluntariamente han sustituido sus cultivos no se han cumplido". Se podría "fomentar todos los cultivos alternativos de coca, desde el té, el mate de coca y el jarabe, hasta la creación de una política de información que dejara bien claro que a diferencia de la cocaína, masticar la hoja, para quien necesita estimularse con alcaloides, no es dañino" señaló. La dependencia, según Henman es la misma crea el café.

Para los participantes del encuentro, detrás de la "política represiva, existe un " interés muy concreto en mantener la lógica de guerra a la droga. En ese sentido se preguntaron lo que ocurriría "si los narcotraficantes decidieran liquidar, con dinero contante y sonante, la deuda externa boliviana, que

asciende a cinco mil millones de dólares y también la colombiana que es más pequeña". Con ello terminaría la circulación contante y sonante de dinero que países como Bolivia y Colombia pagan por lo menos veinte veces (pago que les obliga a contraer una nueva deuda) y vendría a crearse una crisis de alcances imprevisibles en todo el sistema financiero mundial", coincidieron en señalar los intervinientes en la reunión.

Efectos similares podría tener la legislación de la producción y exportación de hoja de coca, una actividad que, aseguraron, o convertiría a los países productores en grandes potencias económicas, y esto, según indicaron, "no hay demasiado interés internacional".

A esto debemos hacer una crítica, no al fondo sino a las expresiones de Henman, porque la dependencia de la coca, es la misma que la crea el café, en realidad no es el problema de la dependencia a la sustancia misma, sino la drogadicción que nace y se desarrolla por las modificaciones químicas y farmacéuticas que se dan a los productos extraídos como en este caso nuestro de la hoja de coca, ya que si por ejemplo creáramos una droga en base a cafeína, también tendría peligros pero siempre menores a los que produce la cocaína, ya que también en los efectos bioclínicos de la coca son muy distintos a los del café, el café es muchísimo más tolerable para el organismo humano; y sobre el café hay dos teorías que están bien asentadas, hay personas a las cuales el café las

despierta, las hace entrar en una etapa energética y hay personas a las cuales el café les causa sueño y hasta lo utilizan como una especie de nebutal líquido.

De esta exposición, que es la última, deducimos que la política que debe emprender el gobierno nacional, es una política eminentemente dirigida a la expansión de las ideas en contra del narcotráfico primero y de la drogadicción después, en realidad, si tomamos el problema desde el punto de vista que es el referido a la lucha eficaz contra el narco consumo o afición a las drogas; lógico es que tengamos que dedicarnos a su fuente principal y creadora, de donde se genera todo lo que es el narcotráfico, pero en materia específica de lucha contra la drogadicción estrictamente en Bolivia fallan tres cosas importantes que las vamos a enumerar:

Primero.- Una política de higiene mental moderna, capaz, de carácter clínico que dependa de una Dirección de Higiene Mental del Ministerio de Salud Pública, dirección que en nuestra Tesis propiciamos sea creada con carácter de urgencia por cuanto esa Dirección de Higiene Mental tiene que abordar científicamente todos los problemas de la drogadicción, que vienen en muchos casos del contagio mental que sucede de una persona drogadicta al centro vital en que está actuando, por consiguiente tiene mucha importancia la creación de un Instituto de Higiene Mental dirigido a combatir

Exposición  
necesarios  
el Estado

primero en exclusivo lugar toda la problemática de tipo sanitario o de sanidad de la droga.

segundo.- Lo que debe hacerse urgentemente es reforzar la política hospitalaria para crear nuevos centros clínicos de recuperación para que los que han caído en el flagelo de la drogadicción, existe ahora la clínica dependiente de la Dirección de Lucha Contra el Narcotráfico, esa clínica resulta insuficiente, se deben crear en cada departamento, haciendo el mayor esfuerzo posible, hospitales especiales de carácter psiquiátrico de rehabilitación de drogadicción.

Tercero.- Evidentemente debemos llegar en esta Tesis a la conclusión de que el Estado debe propiciar una serie de actuaciones publicitarias con carácter coercitivo, comenzando de la estación emisora de televisión estatal (canal 7) y con todos los que existen en el ámbito del territorio de Bolivia: el Estado debe dictar una ley o instrumento legal en virtud del cual estén obligados a pasar como mínimo una hora diaria, gratuitamente, propaganda contra las drogas, inclusive con casos patéticos que ocurren en nuestra realidad, como un antecedente en particular de un joven boliviano adicto que fue traído desde México, en virtud del convenio que existe con ese país, dicho joven gracias a los consejos y persuasión de su abogado se sometió a un tratamiento terapéutico de desintoxicación y es ahora un pequeño industrial que dá trabajo a los presos; este tipo de programas son beneficiosos en la lucha contra la adicción, es

Política  
institucional  
Lucha contra  
drogas, etc.

decir utilizar la persuasión, tendrían que existir consejeros como en el caso de alcohólicos anónimos, que se dediquen a dictar charlas por todos los medios de comunicación. Creemos que el Estado en forma impositiva, debe utilizar los medios televisivos, también recurrir a la prensa escrita, conferencias, transmitir vivencias reales, verídicas, claro está manteniendo reservas, como la identidad, etc.

Desde el punto de vista pedagógico, debemos hacer que tanto las cátedras de criminología, Medicina Legal y Derecho Penal tengan un apéndice obligatorio que trate de las consecuencias, de las toxicomanías, concretamente de la adicción a los narcóticos, a las sustancias psicotrópicas y muy particularmente al consumo de cocaína, también en Bolivia la marihuana.

### *Cordinación institucional*

En la legislación boliviana, respecto al narcotráfico y al consumo de sustancias peligrosas, debemos señalar como un instrumento notable, fuera de la actuación que Bolivia ha tenido internacional y mundialmente en la Conferencia última de diciembre en Viena y cuyos acuerdos tiene que ser ratificados por el gobierno boliviano, en la Ley 1008 debemos destacar la bondad del Título 79 que trata precisamente de la rehabilitación y reinserción social, con cuyo contenido estamos de perfecto acuerdo más del añadido de las tres partes principales de nuestras conclusiones, o sea la creación de una Dirección de Higiene Mental y clínicas para estos casos, después también la

*Complementación académica*

*psicología*

*Complementación institucional y administrativa*

*Ojo*  
✓

ampliación de la política de educación formal y no formal y de la información y comunicación en materia de drogas y la propaganda que se haga en cuanto al servicio en realidad hospitalario para la readaptación social de esta clase de individuos que han caído bajo el factor del consumo de drogas, en realidad en el artículo 136 sobre institutos de tratamiento en dependencia química o farmacodependencia, se anota el problema pero no se como en la conclusión de la tesis, respecto a lo que hay que hacer; igualmente cuando se habla de los niños y de la educación formal y de la educación no formal, en todo estamos de acuerdo, también en la información y comunicación en materia de drogas, todo esto tiende precisamente a la reincorporación social; nos faltaría aditar lo siguiente: referente al Art. 139 a los menores de 16 años habría que internarlos en clínicas especiales para menores de esa edad y hacer un estudio especial psicopatológico de esa edad, o sea es ya una cuestión de criminología generacional o vital que debe aplicarse a una clínica especializada para los menores que sean drogadictos y que no tengan menos de 16 años, así quedarían realmente completas las conclusiones, teniendo además en cuenta que una vez expedido el decreto o ley se ha tenido que volver atrás para aclarar ciertos capítulos y el que más se ha aclarado y en perfecto orden de acuerdo a la ciencia moderna de la criminología, es el Título 7º sobre el tratamiento y reinserción social que hemos estudiado en nuestra tesis y que abarca del Art. 35 hasta el Art. 51 inclusive o sea una gran parte del Decreto Supremo Nº 22099.

## BIBLIOGRAFIA

1. HYDE, Margaret C, "Drogas alternadoras de la mente "Mexico, 1a. Ed. Junio 1973. Trad. René Cárdenas Barrios. Edit. Diana S.A. Imp. en Mexico. Título Original "MIND DRUGS" Imp. Mc Graw-Hill Book Company.
2. BITAR DE FERNANDEZ, Victoria, "Drogadicción manual para el desarrollo de programas de prevención primaria" Ed. Aguila. Imp. Talleres Gráficos San José. Buenos Aires-Argentina.
3. NACIONES UNIDAS. "Boletín de micro noticias CEPAL" Naciones Unidas. 1988. Santiago,Chile.
4. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA FISCALIZACIÓN DEL USO INDEBIDO DE DROGAS, "Folleto de UNFDAC", Mayo 1981, Imp. Suiza.
5. DIRECCION NACIONAL DE CONTROL DE SUSTANCIAS PELIGROSAS, Folleto "Drogas y Prevención", Publicación Departamento Educativo Preventivo de Farmacodependencia.
6. CAMPAÑA DE EDUCACION SOBRE ESTUPEFACIENTES "Padres e hijos contra el consumo de drogas", Folleto publicación de CESE, Trad. de la pub. en inglés: "Parents: What you can do about drugs abuse".

7. DIRECCION NACIONAL DE CONTROL DE SUSTANCIAS PELIGROSAS, Folleto "Prevención en producción, elaboración y narcotráfico", Publicación de Farmacodependencia. Imp. Talleres Dir. Nal Control Sustancias Peligrosas.
8. NEUMAN, Flías, "Droga y Criminología" Editorial Galache. Imp. México. 1984.
9. VALENSI, Levy, "Manual de psiquiatría", Salvat Editores, S.A. Barcelona-España.
10. HURTADO GUMUCIO, Jorge, "Cocaína: en busca del paraíso perdido" Santa Cruz-Bolivia 1987.
11. BOLIVIA, "Ley del Régimen de la Coca y Sustan Sustancias Controladas", Ley Nº 1008, Gaceta Oficial de Bolivia, año XVIII Nº 1558, Pub. 22 Julio 1988 La Paz.
12. BOLIVIA, "Reglamento de la Ley 1008 sobre Régimen de la Coca y Sustancias Controladas" Decreto Supremo Nº 22099, Gaceta oficial de Bolivia, año XXVIII Nº 1677, Aprobado 28 de Diciembre de 1988. La Paz.
13. BOLIVIA, Código Penal boliviano, Empresa Editora "Urquiza S.A." La Paz-Bolivia. 1982.

14. CONVENCION DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA EL TRAFICO ILICITO DE ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS PSICOTROPICAS: Convención de Viena (Austria) diciembre 1988.
15. ESTADOS UNIDOS, "hojas de información. Administración para la ejecución de leyes sobre drogas" Departamento de Justicia de los Estados Unidos. Preparado por las oficinas de: Inteligencia, Aplicación de la Ley y Ciencia y Tecnología de la Administración para la ejecución de Leyes sobre estupefacientes.
16. ARIF, Awni, "La dependencia de las drogas y la OMS. Revista Salud Mundial.
17. MASSUN, Edith. "Marionetas en vez de drogas", publicación Revista Salud Mundial. Junio 1987.

## 5. La dependencia química o farmacodependencia.

El inciso f) del Art.33 de la Ley que analizamos, nos define que es la DEPENDENCIA QUÍMICA O NARCODEPENDENCIA: "Es el estado psíquico y/o físico debido a la interacción entre el ser humano y la droga, natural o sintética, que se caracteriza por alteraciones del comportamiento y otras reacciones causadas por la necesidad y el impulso de ingerir la droga natural o sintética, en forma continua o periódica, con objeto de volver a experimentar sus efectos y a veces para evitar el malestar producido por la privación de la misma".

## 6. Etiología y terapéutica del estrictamente drogadicto o narcodependiente.

Aquí estudiamos las causas del consumo indebido de drogas, con capacidad para engendrar dependencia.

Resultan muy diversos los factores que pueden y de hecho intervienen en la iniciación, el mantenimiento, o, en su caso la interrupción de la autoadministración de drogas capaces de producir narcodependencia. Aún no se ha podido demostrar la existencia de una causa única, las drogadependencias son el producto de la influencia de una sustancia en realidad relacionada con una persona y un momento psico-socio-cultural.

Tenemos como primera impresión que las personas o individualidades que consumen este tipo

de sustancias da la impresión que lo hacen por muy diversas causas o razones, unas veces de manera expresa o consciente y en ocasiones inconscientemente.

En otras oportunidades por influencia de otros o por presiones o deseos de pertenecer a determinados grupos o para ser aceptados por otros grupos o "pandillas".

Una otra etiología debe buscarse en el hecho de que el sujeto quiere tener experiencias sui géneris, nuevas, de tipo placentero, sexual, emocionales, superar disgustos e inconvenientes; a veces dolores morales o reales en sentido físico o aventuras y afrontar peligros.

Otra causa es, en algunos, el desafecto a otros; manifestar independencia, superioridad, vanidad y hasta para aparecer "rebeldes sin causa" o para aparentar o ser realmente hostiles a su grupo o comunidad.

Siendo, no pocas veces la dependencia el producto de personalidad desintegradas psicópatas y hasta psicóticas, neurasténicas, histéricas, paranoides, megalómanas; o, el efecto de verdaderos trastornos o desajustes emocionales; fracaso en los estudios "traumas sociales", etc.

Pueden ser ocasionados también por aburrimiento, hastío, cansancio o descontento de su propia vida o también pobreza o negativismo vital,

falta de aprecio hacia sí mismo o falta de autoestima, complejos o fobias.

Tampoco son raros los casos en que el adicto ignore o no esté bien informado acerca del daño moral y material que producen, como consecuencia del consumo, las drogas indebidamente auto proporcionadas.

Factores estrictamente de Criminología Sociológica como tener mal ambiente familiar, escolar, etc.; crisis en la familia o también familia deshecha; ocasional o premeditado acceso a sustancias que ocasionan dependencia.

Escapismo a dolores físicos, trastornos nerviosos; superar tensiones o encontrarse en trance de haber sufrido desprecios, subalternización o frustraciones traumatizantes.

No olvidemos que las drogas ejercen perniciosa influencia sobre el organismo y sus efectos farmacológicos y de otra naturaleza que producen dichas drogas causantes de dependencia pueden hacer a las drogas atractivas para esa juventud consumidora; no podemos olvidar que las drogas tienen efectos farmacodinámicos y, de acuerdo a la droga que se administra el drogadicto, pueden producir alivio espiritual o atenuar un dolor; resultan, a veces, con efectos que anulan los estados ansiosos; en otros casos disminuyen a la persona en el efecto social de sus estados mentales y morales, llegando a perder los frenos inhibitorios.

Hay personas, además, que con la droga tiene sensaciones de transportarse a otros niveles de vida; deleitarse y relajarse, así como sentir sensación de alivio a la fatiga o cansancio; lograr a ingresar a un "nirvana"; obtener estados de super optimismo, euforia, excitabilidad y exacerbación sexual, etc.

Puede hacerse una especie de educación de esta manera: para llegar a comprender, explicar, pero no justificar la esencia de la narcodependencia resulta imprescindible conocer primero la acción recíproca entre la droga y el individuo que la ingiere y se autoproporciona y la interrelación que existe entre el drogadicto y el mundo circundante y medio ambiente en que está inmerso.

Existen más factores drogadictógenos, como ser el alcance, más o menos fácil de la sustancia peligrosa, caso de BOLIVIA, sobre todo en el Chapare, los Yungas Paceños, Santa Cruz, Cochabamba y La Paz, preferentemente; la influencia y la aceptación social. Hay drogas que son aceptadas por un determinado grupo social o por ciertas sociedades y hay ocasiones en que su consumo es estimulado y favorecido por determinados medios sociales, ejemplos patentes de esto, son los anuncios por todos los medios de comunicación social de las bebidas alcohólicas y del consumo de tabaco, cigarros y cigarrillos. Hay oportunidades en que el trato social mal entendido, la influencia de las amistades, la familia, los amigos propician su consumo.

El núcleo familiar resulta determinante para la crianza, desarrollo y evolución de la criatura y el niño, sin excluir al adolescente y joven; el grupo familiar debe brindar seguridad, cariño, amor y protección al niño y al joven. El silencio o la desafección son negativos, pues obstaculizan el intercambio y el diálogo que debe establecerse de manera regular y constante entre el hijo y los padres; entre los hermanos, etc.

A los vástagos hay que escucharles y estar al tanto de sus deseos, ambiciones, sentimientos y problemas. Hay que adoptar ante los hijos una conducta que les evite peligros que pueden sobrepasar su capacidad o poder de solución. No se les debe ocultar los problemas y peligros de la actual sociedad boliviana, profundamente anómica y en plena crisis moral y, por lo mismo con graves tendencia corruptivas, antisociales y delictivas.

No hay que descuidar los extremos referidos a la vida sexual, sobre todo teniendo en cuenta el flagelo del sida. Si el hogar no brinda al adolescente o al niño, en su caso, colaboración, ayuda o socorro que requiere, busca estos elementos fuera del hogar, en grupos cuyas costumbres, hábitos y normas de conducta ha de aceptar.

#### **6.1. Terapéutica.**

"Dónde puedo encontrar ayuda profesional para el problema de la droga?. desafortunadamente, en el país (Bolivia) son pocas las instituciones

especializadas en el problema de las drogas, no obstante el Instituto Nacional de Investigación en Farmacodependencia (INIF) (teléfono 3-56484

3-42391, casilla 4958 La Paz), proporciona atención médica en casos de sobredosis, así como tratamiento de rehabilitación para drogadictos.(<sup>6</sup>)

Asimismo podemos incluir la Campaña Educativa Sobre Estupeficientes (CESE), Teléfono 3-24072, casilla 21004, La Paz) la misma que se encarga de proporcionar información en general sobre el problema de las drogas en Bolivia, tanto para padres de familia como para escuelas y colegios, Universidades é instituciones en general.(<sup>7</sup>)

En la ciudad de Santa Cruz se cuenta con la Clínica Finell (Teléfono 43511, casilla 4245, Santa Cruz) que brinda tratamiento y rehabilitación a todas aquellas personas afectadas por el flagelo de las drogas.(<sup>8</sup>)

Por último otras opciones de ayuda profesional con los maestros, trabajadores sociales, y los

---

\*) Campaña Educativa sobre Estupeficientes, folleto "Padres e hijos contra el consumo de drogas" Publicación Oficial CESE pg. 5-6.

?) Folleto Citado, 6

•) Folleto citado,6

consultorios particulares de los psicólogos. (\*) (tomando del folleto "Padres e hijos contra el consumo de drogas") publicación oficial del CESA.

## **6.2. La Terapia Antidroga.**

¿Incorregibles o incorregidos?. Los usuarios, adictos y dependientes: ¿son incorregibles o incorregidos...? ¿Que debe hacerse? ¿Como responder familiar y socialmente?

Hoy resulta habitual ubicar en su contexto regional los factores pluridimensionales del problema como una encrucijada de elementos que van desde la personalidad psicológica del paciente hasta la situación familiar y social. ¿No están acaso estos factores mancomunados en la génesis de las toxicomanías.?

Se han superado las concepciones clásicas que veían más al fármaco que al enfermo como tal. Tratamientos de bases sólidas se fueron efectuando en distintos países entre tantos y al azar del empirismo y puede decirse que se ha progresado con esfuerzo. Coinciden en la inalterable meta de la desintoxicación (que resulta relativamente fácil). Donde el problema se aguja se hace más ríspido, es al tratar la curación del psiquismo para devolver al paciente el sentido de su voluntad perdida-darle

---

\*) Folleto citado, 6

gusto por la vida -que asegure su deseo de reinser-  
tarse en el grupo familiar y social.

Toca al médico hacer consciente en el adicto su afección, su situación, su tendencia a suicidarse paulatinamente, hacerle elaborar en términos de identidad y ponerle de relieve con el paciente trabajo, su parte sana. Hay que tratar de salvar, aunque sea algo, en todo ser humano. Avanzando en la terapia, se deberá avivar en el un plan, un "algo por qué vivir". Demostrar también que la familia y la sociedad renguean, pero que pueden hallarse elementos que deberá aprovechar.

El médico recibe del consumidor no habituado y, mucho más real, un muestreo ineludible donde entran factores de la patología individual, familiar y social interrelacionados. Deberá desbrozar camino tan imbricado valiéndose de un equipo interdisciplinario que reúna psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, sociólogos, maestros artesanos, sacerdotes y enfermeros especializados.

Todos y cada uno deben tener en claro el propósito elegido y clarificada la propia tendencia a marginar las pautas sociales o fantasear con la evasión de la realidad circundante. De lo contrario podría resultar que el seductor fuera el enfermo.

Partiendo de un claro sentido de la vida y un sentimiento de autorrespeto se podrá llegar al

paciente con la finalidad de atraerlo a la realidad considerando su problema pero tratando, como indispensable complemento, que se deshabitúe definitivamente del mundo caótico en que está o estuvo inmerso.

Tan solo conversar con drogadictos motiva generalmente una especial reflexión autocrítica sobre situaciones que a veces permanecen ocultas o al acecho y que un psicoterapeuta en la expresión amplia del vocablo tendrá que tener resueltas para encararlo como médico. El adicto remueve angustias y crea tensiones en quienes no lo son. De modo que se requiere un entrenamiento basado en un sentido de cabal equilibrio y elaboración constante.

Cabe agregar las frustraciones frente a un enfermo que una y otra vez reincide cuando el avance en su curación parecía esperanzador. Vuelve a la droga, insondable compañía, cual un corsi e ricorsi.

Quienes se ocupan de las tareas de rehabilitación merecen, para no malversar vocaciones, el apoyo de medios casi siempre inalcanzables y un buen programa de protección de la salud que los respalde, amén de elementos adecuados para realizarlos. Unirse a profesionales que enfrentan es tan grave como el enfermo en sí. En algunos países se da un paso adelante para luego inescrutablemente, dar dos atrás.

### 6.3. Las Terapias hospitalarias y ambulatorias.

Existe una creencia muy particular sobre que, desintoxicado el adicto se acabó el problema. Las cosas se han de encauzar inmediatamente como si nada hubiera ocurrido. Se lo lleva a un hospital o a una clínica donde se le interna, según el caso, o se le hace seguir un régimen ambulatorio o mixto (internación primero y externación cuando mejora).

No es fácil reducir el "hambre de droga". Cuando principia el tratamiento desintoxicador, verdadera emergencia médica, deberá tenerse presente si se trata de un simple usuario o si ha escalado en la adicción por un deseo fanático de no ser.

Es preciso someter al adicto a un interrogatorio médico, psicológico y social, al margen de los análisis toxicológicos de sangre y orina y de los estupefacientes que en sí le fueran hallados para conocer la droga o drogas, en caso de adicción cruzada que estaba utilizando en esos momentos.

Efectuada la diagnosis se administra el tratamiento de desintoxicación adecuado primero y psicoterapia después. Casi siempre es necesario interrogar a familiares y amigos.

El análisis clínico del paciente es de suma importancia porque puede dar lugar al descubrimiento de otras enfermedades orgánicas.

Habrá que estudiar cuidadosamente cómo llega a consulta. La excitación psicomotriz o, en su caso la depresión; la despersonalización tras la ingest n de alucinógenos y aún el p nico alucinatorio agudo son como tóxicos; estos son los fenómenos de flash back y la dramática situación que plantea el llamado síndrome de abstinencia.

Una consideración especial merecerán invariablemente las psicosis tóxicas. Es preciso investigar si se trata de una psicosis subyacente que la droga activ  o, incluso, si tal psicosis estaba compensada. Bien puede ocurrir que un episodio psicótico no tenga como causa directa la ingest n.

Estas someras enunciaciones permiten entrever las facultades que deben transitar médicos, toxicólogos y psicoterapeutas para cumplir la primera fase del tratamiento de desintoxicación para elegir los métodos más eficaces y llevarlos rápidamente a la práctica. Se recomienda no suprimir la droga en los casos de dependencia física. Sería tanto como impedir la producción de sodio y potasio en su organismo. Tampoco cuando la dependencia es psíquica o emocional porque su supresión es igualmente compleja y ahondara sus anomalías pudiendo en los casos en que la adicción es psicofísica, producir el síndrome de carencia, con sus negativas y patéticas consecuencias.

Los jóvenes orgánicamente sanos que se conceptúan principalmente sin un grado de acostumbraamiento y tolerancia mayor, producen por

lo general y sin que ello sea una constante, síndromes de abstinencia menos severos. En estos casos será preciso suministrar la droga, aunque reduciendo la dosis con relación a la necesidad del adicto. Eso permite evitar que la obtenga de manera espuria.

En muchas oportunidades se sustituye la droga de utilización por otra menos tóxica. Es lo que ocurre, según se ha visto con la metadona, prescribiéndose tranquilizantes de manera conexas.

Al establecerse la tolerancia a la metadona van desapareciendo las crisis depresiva o, en su caso, eufóricas y la imprescindible necesidad de la droga.

#### **6.4. La Psicoterapia.**

Llega después el trabajo más problemático e importante; comprender las causas y motivos que han llevado al paciente al uso, hábito y costumbre de la droga. Ubicar el contexto familiar y social para intentar revertir la situación.

En todo adicto debe verse un ser de personalidad oculta y difícil la que es imprescindible sacar a la luz del día. Cuando sienta que sus pies vuelven a pisar tierra con motivos reales constructivos, podrá pensarse que la poderosa acción de los tóxicos se ha alejado.

Para quienes tienen miedo a la oscuridad el entender fuego es un arte. Debe convencerse al adicto ya desintoxicado que el miedo así mismo, a la sociedad, al devenir, a la muerte, puede ser una forma de capacidad que, por una fuerza energética especial, se transforma en estímulo de creación y vida.

¿Cuál de los tratamientos psicoterapéuticos es el más adecuado o está rindiendo los mejores beneficios en la difícilísima tarea de rescate?. Es imposible señalarlo. Tampoco se pueden fijar los hitos de su evolución psicopatológica. Se está aún en la experimentación y los fracasos, por las constantes recidivas, superan a los logros.

Los psiquiatras, psicoanalista, toxicólogos y médicos clínicos, no han podido rehuir a la fascinación del tema. He notado que, en muchas ocasiones, tampoco logran alejarse de un profundo sentimiento de repulsa hacia esos jóvenes.

Será preciso que sobre todo los psiquiatras, psicoterapeutas y psicoanalista sublimen profundamente sus sentimientos fóbicos, sus propias sollicitaciones y sus prejuicios morales, sociales y científicos para encarar el problema. Su meta debe ser arraigar al paciente, porque este presenta una estructura alienante en lo particular y conflictiva en lo social. Subrayo estos extremos ya que en esta clase de terapias haya que admitir, por múltiples motivos, que el enfermo continúe drogándose, hasta que deje de hacerlo por efecto de su curación. La

atención ha de centrarse en que la droga no es parte de la enfermedad y vivirla como el paciente como tal. Si de repulsa se trata, debe serlo a la droga y no al paciente, aunque este recaiga una y otra vez en ella.

El tratamiento podrá ser más o menos largo, pero el psicoterapeuta y quienes rodeen su tarea (sociólogos, asistentes sociales, enfermeros) deben tener en claro que estamos frente a una enfermedad que amenaza a la sociedad, al menos con su peligrosa difusión, deberá trabajar para descubrir y hacer descubrir al paciente el significado de su toxicomanía y evitar la propalación.

#### **6.5. La Hospitalización y sus Problemas.**

¿Debe ser obligatoria?

La internación en hospitales con otro tipo de pacientes, incluso mentales, trae aparejados problemas insolubles; la influencia surge inmediatamente. El requerimiento de psicofármacos, los conciliábulos para lograrlos hace que el medio hospitalario se tiña del color de la drogadicción, y su comercio adquiere en miniatura las características del tráfico. Eso ocurre asimismo en hospitales o en salas de hospitales sólo dedicadas a toxicómanos.

Otra de las cuestiones que se plantean es si la hospitalización (lo que implica de suyo el tratamiento) debe o puede ser obligatoria en el caso de constatarse uso, abuso o dependencia a

drogas. La duda se disipa cuando se trata de un drogadicto-delincuente o un delincuente drogadicto que llega compulsivamente, enviado por la justicia o por seguridad.

La Ley francesa reprime al simple consumidor aunque no se le secuestre la droga o no se le encontrase legalmente tenedor de ella. Si bien se considera que es un enfermo grave, lo que atenúa su delito, es casi indefectiblemente un elemento propagandístico o un pequeño traficante. Cuando de manera voluntaria se encamina a los centros de rehabilitación y pide ser sometido a una cura de desintoxicación, cuenta con la certeza del anonimato y la impunidad.

Tampoco se condena a los que son detenidos por primera vez, a quienes se lleva obligatoriamente a centros de rehabilitación. Si aceptan voluntariamente el tratamiento, se les asimila a los casos de presentación espontánea, destruyéndose todo dato personal de los ficheros.

Esto no ocurre en los casos de desintoxicación obligatoria. El Juez verifica si el adicto se presenta a las secciones hospitalarias (cuando la curación se efectúa con régimen ambulatorio) como un claro indicio de recuperación curativa. De lo contrario regirá la punición legal que, en la realidad práctica, sólo se ejerce tras algunas recidivas.



En los casos de drogadicción constatada médicamente no puede aceptarse que por exceso de culto al individualismo y a la libertad se dude del envío compulsivo de un enfermo a su terapia desintoxicatoria, porque al margen del resguardo social que merece la salud, debe pensarse que se trata de un enfermo también desde el punto de vista epidemiológico, capaz, conscientemente o no de impulsar a muchos más. Por ese atajo en "aras de la libertad", llegaríamos a la consecuencia de que es imposible impedir la siembra y recolección de marihuana, o que los laboratorios preparen los psicofármacos que se les ocurra. La torpeza es casi siempre una manera de no estar presente.

#### 6.6 Crítica a la Hospitalización indiscriminada.

Cuando la enfermedad es producto de la droga o de síntomas latentes que aquella hace presente en el psiquismo lo que merece dudas diagnósticas confesadas por múltiples médicos, la internación o actitud asilar es la respuesta válida, porque estamos en presencia de situaciones límite que ponen en peligro inminente la salud biopsíquica del afectado.

¿Es válida esa solución respecto a quienes hacen uso, abuso o dependen de estupefacientes?. Aún conceptuando que la internación debe ser forzada, no son los hospitales, los que están llamados a albergarlos.

Casi siempre el drogadicto tiene una enorme inestabilidad emocional, una anestesia de sus sentimientos y una incapacidad de razonamiento producida precisamente por su adicción. No puede externalizar sus agresiones, tensiones y aburrimientos. Son sujetos enigmas, pobres sujetos que no están en posesión de su propia deformación.

Si hay que resocializarlos, producida la desintoxicación, ¿es posible hacerlo en instituciones que los aíslan y los tratan como objetos, donde se les custodia y reprende".

En muchas regiones del planeta no se ha resuelto el problema de los alienados. Se les segrega, se les niega la posibilidad de una readaptación activa, de una recuperación de parte sana, y se les despersonaliza siquiendo los causas del estigma y los miedos sociales. Igual se pretende hacer con los adictos a drogas para mantener, detrás de muros, "la parte alienada de la sociedad".

Desarrollamos un notable sentido humano cuando la enfermedad es física: cáncer, tuberculosis, infartos, úlceras, enfermedades vesiculares, pero reservamos el fastidio de nuestra sana mentalidad para comprender - no digo ya atender la enfermedad psíquica. Y en muchos países se observa una patología institucional que reside en cerrar las puertas, alzar los muros, para que las gentes no vean ni sepan. Se entiende así la conservación de la apariencia de lo normal. De un objeto de

custodia no puede devenir un hombre.

Y cuando las instituciones hospitalarias o asilares no poseen los elementos terapéuticos indispensables, los medios adecuados, las personas con alto (servicio) sentido de servicio social y donde es imposible ningún tratamiento serio con, aunque fuere mínimas inquietudes interdisciplinarias y de investigación, o cuando todo eso se cercena, hay en esa actitud social una forma turbia é interesada de mantener y acrecentar la drogadicción. La "Materia prima" de la industria y del gran tráfico de estupefacientes es, nada más ni nada menos, el hombre.

Particularmente el hombre joven.

Ni con Leyes ni con publicaciones que engolan el tono al hablar del denuedo de la lucha antidroga, ni en congresos y jornadas no con hospitales cerrados en los confines de la sociedad, se podrán combatir las toxicomanías. El tratamiento está signado por la comprensión de la personalidad, la imperiosa postura contra todo tipo de uso, abuso o hábito dependiente y el brindar y hacer crecer elementos constructivos en la personalidad enferma.

Lo ideal reside en un programa amplio de prevención de la salud en el que la comunidad tome parte indisoluble y ayude a rescatar a sus hijos de la drogadicción e impedir que la juventud sana se sienta tentada.

Ningún aprendizaje social puede verificarse sin una constante y aplicada acción con respecto a estos enfermos y sin una conciencia social que los acepte. Ellos deben volver a esa sociedad con los mejores sentimientos y ansias de inserción útil.<sup>(10)</sup>

---

<sup>10</sup> NEUMAN, Elías "Drogas y criminología" Editorial Galache S.A.  
México 1ra Edición 1984 pg. 145 y sig.

CAPITULO VI  
EL EFECTO DE LAS DROGAS EN SUS ASPECTOS SIQUICOS  
Y FISICOS

**1. Los efectos de las drogas según la siquiatria.**

En materia de siquiatria hay dos formas de intoxicación, la intoxicación exógena como por ejemplo el alcoholismo y la intoxicación endógena, dentro de esas intoxicaciones si bien en cierta forma es exógena la ingestión de drogas, los efectos hacen que también se clasifiquen como una enfermedad mixta;. vamos a estudiar de acuerdo al ciclo histórico, no conforme al estudio derivado de la criminología o del Derecho Penal a la siquiatria, sino de la psiquiatria misma, por cuál razón - por que las razones son fundamentales ya que estas intoxicaciones que vienen en realidad del exterior pero que crean hábito incluso se llaman en la psiquiatria clásica "intoxicaciones de hábito", por ejemplo el profesor Levy Valensi que ha creado la psiquiatria francesa y alemana manifiesta lo siguiente: "Considero con este término de intoxicaciones de hábito las intoxicaciones que no solamente son nocivas por si mismas o sea en sí, sino que crean un estado de hábito en el ser humano es decir de una necesidad particular.

**2.-Clasificación de la siquiatria.**

La siquiatria tiene como establecidas clásica y legalmente aún en Europa: el morfinismo, el opiumismo, el cocainismo, el heterismo, el

clonalismo y la intoxicación por el hachis e inclusive en siquiatria el cafeinismo, sin embargo modernamente como derivado sobre todo en esta tesis, de la cocaína tenemos otras drogas más peligrosas que el sulfato y clorhidrato de cocaína; si queremos hacer un cuadro, nosológico de todas las enfermedades, de los hábitos y costumbres del drogadicto y de las drogas que existen tenemos que hacer lo con cierto orden y rigurosidad científica y hablar de la anfetamina, la cocaína, de un derivado de la cocaína que es el crack, el basuko, los depresores o sedantes, de la marihuana, de ciertos alucinógenos como la dietilamida del ácido lisérgico -25 conocido como LSD.

## **2.1. Efectos.**

### **2.1.a. Morfinismo.**

Su etiología, el morfinismo es la más frecuente de las intoxicaciones de hábito, porque, -por que la morfina fué utilizada en forma de heroína aún por intelectuales europeos, como por gente de Estados Unidos que tenía cierto nivel de moneda adquisitivo como para emplearla en esta reciente moda diletante, en los EE.UU. la morfina por cuestiones económicas y bioquímicas es reducida a la heroína derivado de la morfina, la heroínomania tiene los mismos síntomas pero más graves que el morfinismo, ataca a los que fácilmente pueden procurarse morfina, tal es el caso de los médicos, farmacéuticos, empleados de laboratorio enfermeros etc.

La tene os que el punto de partida es a menudo médico, se inicia en el tratamiento de un dolor, de una algia, que provoca el morfínismo; el morfínismo deriva en cólicos hepáticos, dolor de tabes, otras veces causa un dolor que no se puede ver con escarpelo, que es el dolor moral, que puede llegar a matar a una persona, al lado del morfínismo que es sedativo, para tranquilizar ten los al morfínismo del vicio, la búsqueda de la sensación desconocida, de los paraísos de la droga, de las escenas eróticas y quienes consumen de esta manera llegan a producir a otros seres humanos el contagio siquiátrico del consumo de las drogas; el morfínismo por ejemplo dentro de la familia, dentro del binomio conyugal ha sido conocido en Europa como el morfínismo de la pareja, de base erótica.

La forma de aplicación de la morfina es a través de inyecciones en los brazos, antebrazos, piernas, en todos los lugares de la piel donde hay un paquete de tipo adiposo; en cuanto a la dosis esta es progresivamente aumentada, pues la influencia del veneno se embota rápidamente, la dosis media es de 1 a 2 gramos y según el profesor Pichon hasta 9 gramos por cada caso, hay que desconfiar siempre de las dosis denunciadas por los candidatos a desmorfínizar, es decir desintoxicar pues tienden siempre a exagerar para ganar tiempo.

Vamos a explicar los síntomas del morfínismo de una forma muy rápida: este es un tóxico por hábito, su tragedia es que degenera en costumbre, la costumbre ocasiona el aumentarse a sí mismo

mayor cantidad de dosis, por otro lado crea hábito tanto psíquico como físico, entonces surge la necesidad y con esa necesidad hay un estado obsesionante el morfínico se vuelve repetidamente morfímano, no puede pasar sin la droga. Vamos a explicar el periodo esquemático de Chambard, con sus cuatro periodos de la morfina.

-Periodo de iniciación o euforia, viene a ser una luna de miel del morfímano, los dolores se mitigan, el espíritu está más alerta, concibe fácil sus proyectos, el sujeto diviniza a la droga como una diosa o una reina, pero las lunas de miel tienen su término y ese término se alcanza pronto.

-Periodo de vacilación, el enfermo morfímano se siente activo, brillante, lúcido y sin embargo en su subconsciente alguna cuestión especial que nadie ha descubierto en siquiatria, lo alerta y quiere llegar a dejar, a desabituarse.

-Periodo de morfímania, que se caracteriza por un estado de necesidad permanente y los transtornos son también permanentes.

-Estado de necesidad, es el cuarto periodo cuando ya ha llegado la hora en que la dicha del enfermo trata de abandonar y si alguien por ejemplo le habla de la droga, éste empalidece, los síntomas son de malestar, de inquietud, de angustia, de sudores fríos y bajo cualquier pretexto el sujeto se encuentra siempre angustiado, ingresa en estados de ansiedad con sensaciones de derrota, de quebrantamiento.

tamiento; en cuanto al aspecto físico biológico en el cuerpo del sujeto aparece la diarrea incoercible pronunciada y después viene un colapso, raros casos llegan a lo maniaco depresivo pero el sujeto vive temeroso de estos estados de persecución, de crisis histérica o de tipo epiléptico, después ingresa en un período de caquexia cuando los trastornos psíquicos han tomado un aspecto de torpor conjuncional que simula mas o menos la antigua demencia de los siquiátras, que ahora se llamaría oligofrenia o escasa inteligencia, hay un enflaquecimiento casi esquelético, sobrevienen los vómitos, las diarreas que no se pueden parar con nada porque le afectan todo el sistema digestivo, la albuminuria o sea el exceso de albúmina en la sangre, se presentan flemones en la piel del sujeto, todos éstos síntomas caquéticos o finales del estado biosíquico del morfinómano conducen intaltablemente en forma directa a la muerte. El periodo de conducir a la muerte se ha calculado entre un años y seis meses. En nuestro país no existen índices notables de consumidores de morfina ni LSD; respecto a la marihuana, ésta en parte es traída por los extranjeros que llegan a Bolivia, éstos realizan un trueque con los drogadictos bolivianos quienes entregan cocaína o más bien basuko y crack que son residuos de la cocaína a cambio de una marihuana desnaturalizada que en La Paz se llama marihuanita. El consumo de éstos fármacos ha dado lugar en nuestra ciudad particularmente en casas de lenocinio al hallazgo de seis cadáveres de individuos consumidores de drogas, éstos casos se encuentran descritos en los anales judiciales.

### 2.1.b. Opiumismo.

No es muy común en Bolivia, el opio es producto lógicamente de una planta de donde se deriva todo este morfinismo se llama amapola y en realidad las plantas son menos peligrosas que las semillas o el producto en la flor de la planta. El opio en Oriente se come, se bebe en Persia (ahora Irán) y se lo fuma en todas partes de China, Japón, Corea; en Inglaterra se la vende de manera farmacológica y aún en América y Bolivia misma es utilizada para aplacar los dolores en forma de laúdano. Thomas de Quincey uno de los más famosos consumidores de la droga del opio, siendo Lord Byron otro genio que añadía a sus bebidas, al whisky sobre todo, el laúdano; el laúdano se puede fumar cuando es sometido a un proceso de secado y concentrado, el opio se fuma mediante pipa, lógicamente constituye sobre todo en Inglaterra un delito. Existe un trabajo de Roger Dopouy (francés) que era toxicómano del opio, ha escrito un libro en francés, denominado "Les opiomanes" donde describe todas las reacciones personales, el opio no obra solamente por la morfina, el opio en estado físico se lo obtiene pero para ser consumido por el ser humano tiene que jugar el papel de alcaloide de segundo tipo mezclado con la morfina, hay que considerar además que el opio tiene un estado agudo y uno clínico de tipo crónico, el opio en estado agudo tiene las siguientes sensaciones, en primer lugar comienza una especie de constelación de motivos eróticos, fantásticos, de aventura, luego viene la etapa de embriaguez y luego una embriaguez

comatosa es decir ya patológica, enferma que puede llevar a la muerte; hay quienes consumen opio y dan al extraño una sensación de absoluta tranquilidad, serenidad, con el consumo de opio el apetito sexual se sobre excita pero es una excitación momentánea que se diluye en el tiempo, produce posteriormente sudores, prurito, un estado de nauseas, dolor de cabeza, somnolencia, estado de embriaguez y sueño, sueños felices y sueños de bruma como dice Queré un psiquiatra que ha experimentado el opio; cuando se consume opio (como dice Levy Valensi) el tiempo no pasa.

### **2.1.c. Cocainismo.**

El cocainismo o cocainomanía ha sido descrito por Erlen Meyer en 1886, tres años más tarde en 1889 el psiquiatra Magnan y Saury dieron de él una descripción completa, sin embargo lo que no consta es que fué Sigmund Freud quién para quitarle la opiomania a un amigo médico comenzó a hacer experimentos con la coca y descubrió el alcaloide derivado de la coca, sobre esto han trabajado los psiquiatras Briand y Vinchon, Vallon y Bessiéres, Courtois y Suffit, René Giroux con Logre y el mismo Levy Valensi, buscando, no degenerar la humanidad si no buscar un analgésico tan grande como es la nobocaina que actualmente se utiliza con fines terapéuticos.

La manera clásica de consumir la cocaína es por la nariz como rapé por medio de una pequeña espátula, la cocaína se mezcla con algún polvo

inerte, actualmente ya no se usa ácido bórico ni la lactosa, de esas aplicaciones resulta una irritación en la mucosa, la necrosis o sea la muerte de los tejidos de la nariz, de la perforación del tabique nasal.

El cocainismo agudo lo vamos a estudiar en dos estados:

**1ra.--excitación,** que provoca agitación, necesidad de hablar, reír, manifestaciones excesivas de alegría, de desesperación, con ellas el suicidio, de violencia, de manifestaciones eróticas, actos delictuosos incluso criminológicos tanto para provocar el consumo y la adquisición de la droga, pues el toxicómano tiene el sentido moral embotado.

**2da.--embriaguez,** aquí psiquiátricamente hay que hablar de un estado confusional con delirios de sueños, sueños generalmente trágicos que se llaman pesadillas y las crisis a veces epileptoides, el cocainómano se parece al alcohólico porque padece de un estado de excitación casi análogo.

El cocainismo crónico presenta hábito y estado de necesidad, el enfermo es apático, abúlico, indiferente, descuidado, triste, sombrío, la memoria casi desaparece, son amnésicos y no se acuerdan de lo que han hecho, memoria retrógrada ni de lo que han hecho casi inmediatamente, son personas que tienen perturbada la función síquica de la memoria, ingresan a una crisis de excitación con mal humor, luego caen en la tranquilidad en el

marasmo de la hiperestesia o el exaltado estado de sus sentidos, en una hiperestesia sensitivo esencial y sensorial llena de alucinaciones, de delirios, todo esto conduce al famoso delirio cocaínico, es un delirio de alucinaciones, todo sujeto enfermo se imagina voces colores, sensaciones dáciles, las alucinaciones pueden ser afectativas de varios sentidos pero en particular de la vista, alucinaciones ópticas; alucinaciones acústicas, voces que a uno le persiguen, voces de mando que lo obligan a cometer crímenes; alucinaciones genestésicas, sienten parálisis, escosor en el cuerpo.

Logré un gran siquiatra ha señalado que sienten que su piel es de cristal de cocaína misma, de agujas de jeringas; la alucinación motriz no es rara, el enfermo se siente flotando, a veces sumergido en agua; el estado general es malo el tinte es cadavérico por el enflaquecimiento, dolores estomacales, el estreñimiento, la dispepsia se altera con diarrea; otro síntoma que no se menciona es la tendencia suicida del enfermo, es fácil que un cocaínómano en estado de drogadicción profunda se mate a sí mismo y/o a su familia, ahí es donde fallan todas las fórmulas psiquiátricas.<sup>(11)</sup>

**Estimulantes.**- El mundo médico cuenta con anfetaminas desde los primeros años de la década de los

---

<sup>11)</sup> VALENSI, Levy, "Manual de Psiquiatria" Salvat Editores, S.A. Barcelona, pg. 332 y sig.

treinta, las anfetaminas son conocidas comunmente como pildoras para evitar el hambre, las drogas anfetamínicas aumentan la capacidad, la energía mental, elimina la depresión, cambian una sensación de fatiga por otra de excitabilidad, todos estos factores determinan el abuso que se hace de las anfetaminas y explican a la anfetamina como la pildora de la energía dinámogena, en algunas ocasiones los atletas consumen estos estimulantes como las anfetaminas, entonces entramos en un terreno penal que se denomina dopping de los atletas.

La dependencia psíquica o emocional es frecuente, los efectos principales son sensación de entusiasmo caracterizado por un accionar rápido, aumento de la confianza en sí mismo, sensación de fuerza, de poder, disminución del apetito, fatiga, todo esto conjuncionando psiquiátricamente viene a determinar el cuadro de la vida artificial por que el cuerpo tiene que sentir cansancio, fatiga, apetito, sueño aburrimiento, eso es lo normal, hay algunos enfermos que se llaman distanciales por que al año o dos años del consumo de anfetaminas presentan decaimiento, nerviosismo, sienten una serie de calambres, dolores abdominales etc, ahora pueden llegar se dice a casos de locura, científicamente hablando psicosis, sin embargo no son tan violentos. El uso de anfetaminas con usos médicos es sumamente peligroso pues causan en los niños sobre todo, la disfunción cerebral mínima.



### 2.1.d. Basuko.

Una vez que hemos tocado el problema de las anfetaminas tenemos que referirnos al basuko o bazuko que es un compuesto que contiene como principal elemento la cocaína en proceso de extracción de la variedad de la coca llamada Novo Granatensi variedad de la coca que se cultiva en las regiones montañosas de Colombia y que mezclada con tabaco se utiliza para fumar, el basuko es la base de la cocaína que científica y farmacológicamente hablando es sulfato de cocaína pero en su etapa de primera preparación, por el método tradicional de extracción se obtiene el clorhidrato de cocaína, siendo el basuko el residuo o basura de un factor anterior a la obtención de la cocaína o sea concretamente sulfato de cocaína o cocaína en laboración, por tanto el basuko y la base de cocaína además de presentar diferentes concentraciones incluyen elementos químicos, por ejemplo gasolina, eter, cal, bicarbonato de sodio.

El tipo de reacciones y efectos derivados del consumo del basuko se traducen en el estado físico y psicológico del usuario, dependen de las experiencias previas al uso y abuso del basuko, las circunstancias del consumo, en resumen el tiempo que se lleva fumando. En el orden físico se produce la pérdida de peso en lapsos relativamente cortos, pérdida del deseo sexual; en los fumadores crónicos se presenta un proceso de desarticulación del lenguaje, de irritabilidad, hostilidad, cuando hay ya altas dosis tienen alucinaciones de carácter

auditivo, visual, delirio persecutorio, llegando inclusive a la locura o psicosis.

#### 2.1.e. Crack.

Otro producto de la cocaína, de efectos parecidos a los depresores y que tiene una denominación norteamericana es el "Crack", son residuos de pasta básica de cocaína inservible, el crack no es una droga nueva pero la práctica de vender en el mercado ilícito de drogas la base, o sea el sulfato preparado en polvo de clorhidrato de cocaína es nueva, al utilizar bicarbonato de sodio en lugar de eter, se puede transformar grandes cantidades de polvo de crack, en crack mismo con menos peligro, pero con un costo reducido, en los Estados Unidos el crack no es cocaína pues contrariamente a la creencia popular está adulterada con otras drogas como la efedrina, esfenil propano lamida, que permanecen luego en el cuerpo por ser extracciones de bioquímica, la acción es rápida, la euforia llega mucho más pronto, fumar crack puede llevar a cambios individuales de conducta, de personalidad, de presión grave, irritabilidad, agresividad, aislamiento, pérdida del deseo sexual, locura, conducta violenta de suicidio; las observaciones y estudios realizados permiten señalar que el usuario de crack recurre frecuentemente a una droga amiga que es el alcohol, la marihuana o los tranquilizantes; el consumo de marihuana y crack dan lugar al insomnio, depresión, psicosis, se produce irritabilidad en el sujeto, nerviosismo. En cuanto a las mujeres, el consumo

del crack ha determinado la aparición del "síndrome del chupón" en virtud del cual las mujeres que tienen bebés no pueden amamantar a sus hijos por que éstos por el consumo del crack han perdido la facultad natural de succionar el seno materno, entonces hay que alimentarlos con la leche materna o artificial a través de pequeños tubos o envases de plástico, ello se conoce actualmente como "síndrome del chupón".

#### **2.1.f. Marihuana.-(Cannabis sativa).**

La Asociación Médica Norteamericana (diciembre 1980) categorizó oficialmente a la marihuana como una "droga peligrosa".

La marihuana (cáñamo) es el nombre común de una droga cruda elaborada con la planta Cannabis sativa. A pesar de la imagen la marihuana ("grass") de los años 70 como una "simple hierba natural, orgánica", la planta es una compleja usina química.

El principal ingrediente psicoactivo (que altera la mente) es el THC, Delta-9-tetrahidrocannabinol, que puede encontrar concentrado en varias partes de la planta. El consumo por vía de inhalación se absorbe en un 50%, en contraste con lo que ocurre cuando se lo incorpora oralmente, donde se absorbe sólo en un 5 a un 10%, como es altamente liposoluble se concentra en las células con contenidos en lípidos, por ejemplo el tejido cerebral y nervioso en general, el uso repetido de

mariguana lleva a la acumulación de productos químicos en el cuerpo y a un deterioro gradual del individuo.

Al analizar los efectos psicológicos de la mariguana deben evaluarse tres tipos de factores:

a)La droga; su pureza, concentración, dosis, vía, frecuencia del uso, consumo, único múltiple, simultáneo o sucesivo.

b)El individuo: su estructura básica de personalidad, expectativas y fantasías depositadas en el ritual de la incorporación del fármaco, experiencias previas con el uso del mismo y/o de otras drogas, estado de ánimo en el momento del consumo etc.

c)El grupo: ya sea de la conformación y estado anímico de aquel que coparticipa de la experiencia, como también el más amplio panorama socio-cultural en el cual se desarrolla.

El consumo produce entre los síntomas psíquicos y perceptuales: ansiedad, dificultad para pensar y hablar, euforia, despersonalización, risas, estado ebrioso, fuga de ideas, pérdida del autocontrol, distorsión ilusoria de los objetos percibidos, visión borrosa, distorsión de la sensación de tiempo, hipersensibilidad para tonos agudos, trastornos ilusorios y/o alucinatorios sobre todo visuales. Entre los síntomas somáticos

produce sensaciones de calor, frío, somnolencia, debilidad, palpitaciones, cefalea, sed, hambre, incoordinación fatiga, mareos sensación de falta de peso o de flotar. Biológicamente, estudios realizados en Estados Unidos por Eduardo Truitt señalan cambios en la estructura de las células en el cerebro; el delicado equilibrio entre las aminas biógenas del cerebro se ve amenazado ante los cambios inducidos por la presencia de los principios activos de la marihuana. Trabajos realizados por el Dr. R. Fooney indicaron que la marihuana no sólo actúa como un sedante sino que se potencializa cuando se consume con el alcohol.

Una prueba irrefutable de la acción orgánica de la marihuana la brindan los fenómenos de tolerancia, causados tras su consumo periódico. Es decir que su uso en forma continua demuestra que con la administración de una misma dosis, su efecto farmacológico decrece, o, en otros términos, es necesario aumentar la cantidad y la frecuencia.

El Dr. Vincent de Paul Lynch y su equipo (1970) realizó un trabajo y en lugar de aplicar la marihuana (en animales) por vía oral o inyectable, lo hizo obligando a los animales a fumar durante tres minutos por día durante tres días (el equivalente de lo que sería para un humano un cigarrillo de marihuana diario). La primera descendencia no tuvo aparentemente alteraciones

morfológicas; pero en la segunda generación ocurrieron casos de anomalías en los cromosomas.

Guiándose por la simple ecuación de causa-efecto, no hay duda que la marihuana, a través de sus principios activos y múltiples factores, tiene señalados efectos biológicos. Se afecta principalmente la esfera del comportamiento, tanto o más importante para la salud individual y social.<sup>(12)</sup>

---

<sup>12)</sup> BITAR DE FERNANDEZ, Victoria "Drogadicción Manual para el desarrollo de programas de prevención primaria" Edición Aguila, Bs.As.-Argentina. pg.

CAPITULO VII  
PROBLEMA DEL TRATAMIENTO, REHABILITACION Y  
REINSERCION SOCIAL EN EL REGLAMENTO  
DE LA LEY 1008

El Decreto Supremo 22099 firmado en el Palacio de Gobierno en la ciudad de La Paz, en 28 de diciembre de 1989 y publicado en su copia fiel del original el día sábado 7 de enero de 1989 en el matutino Hoy nos da el texto de la reglamentación del título VII de la propia Ley, la reglamentación abarca ocho títulos y 52 artículos, de los cuales corresponden al título VII, contenidos en un capítulo único desde el Art. 35 hasta el Art 51 inclusive.

A.-El Estado y las empresas privadas no discriminarán en la provisión de empleos a las personas rehabilitadas y socialmente readaptadas.

Desde luego esta previsión es muy acertada puesto que el Estado como empleador y las empresas privadas no podrán discriminar para la provisión de empleos a las personas rehabilitadas y socialmente readaptadas. Y la única crítica que podemos hacer a este artículo es que no usa el término recomendado por Naciones Unidas que es el de "Reinserción Social"; no obstante que en el título aplica dicha terminología.

B.-Este artículo prevee que se considera la utilidad pública, la constitución de sociedades

civiles, asociaciones y fundaciones sin fines de lucro, para la prevención, rehabilitación y la investigación científica sobre las materias a que se refiere la ley. Su funcionamiento estará sujeto a reglamentación especial y a lo establecido en el segundo párrafo del artículo 136 de la Ley 1008.

Este artículo está sometido al artículo 136 de la Ley 1008 que es el primer artículo del título VII, sobre tratamiento, rehabilitación y reinserción social, cuando especifica Institutos de tratamiento y Rehabilitación en dependencia Química o Farmacodependencia: El Estado- dice creará Institutos y centros de Investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación para la dependencia química, física y síquica (farmacodependencia), en el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los consumidores de sustancia controladas.

Podrán funcionar centro privados con el mismo objetivo previa autorización del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y la supervisión del Consejo Nacional de Sustancias Controladas.

Bajo la norma del Art. antes citado de la Ley 1008 el Art. 36 considera utilidad pública que se constituya distintas asociaciones con la condición de que sean sin fines de lucro y destinados a la prevención, rehabilitación y a la investigación científica sobre las materias a que se refiere la Ley 1008. Por el mandato del Decreto reglamentario

22099 deben someterse estas investigaciones de tipo científico a las normas dictadas por el Art. 136 de la Ley 1008.

C.-El Art.37 del Reglamento de la Ley 1008 se refiere a que el Consejo Nacional Contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas, mediante sus organismos competentes desarrollará planes y programas de prevención, tratamiento, rehabilitación así como reinserción social, y contra el consumo ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Evidentemente en la Ley existía un vacío que el Decreto Reglamentario ha venido a suplir y a llenar otorgando las atribuciones mencionadas al Consejo Nacional Contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas que depende del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

D.-El art.38 tiene mucho interés ya que se conforma una especie de organismo multisectorial que se encuentra compuesto por los Ministerios del Interior, Migración y Justicia; Defensa Nacional; Aeronáutica; Educación y Cultura, Informaciones, Fuerzas Armadas; Policía Nacional y Universidades, sin descartar a otras Instituciones públicas y privadas que incluirán en sus planes y programas de estudio, esto es en su curriculum, materias referentes a la prevención del uso indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

E.-El uso indebido de drogas como tema de estudio debe incluirse obligatoriamente en el contenido curricular de los programas educativos del nivel básico al superior.

Los programas educativos sobre la materia de prevención deben ser elaborados por el Consejo Nacional de Prevención y Rehabilitación y ser ejecutados por los Organismos competentes.

Nosotros sugerimos que esta materia especial lleve el nombre como asignatura de: Conocimientos sobre los peligros de la Drogadicción y podría abarcar el estudio por separado de las principales que figuran en las cuatro listas de la Ley 1008 y después dar la materia abocada desde el punto de vista psicológico, de la clínica criminológica y de la psiquiatría; debe ser dictada con la mayor sencillez de lenguaje, claridad pedagógica y crudeza, haciendo resaltar los peligros de la drogadicción.

F.-El Art.40 prescribe que el Consejo Nacional de Prevención y Rehabilitación presentará a la Comunidad Educativa, programas difundidos en los medios de comunicación masiva destinados a informar sobre el tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

Podemos observar a este artículo que los medios de comunicación masiva como la Televisión aún no tienen programas cuya bondad pueda servir a la Comunidad Educativa, desgraciadamente la

Televisión Nacional en todos sus canales es criminógena, sólo se pueden observar escenas de luchas raciales, organización de bandas, de crímenes, suicidios, adulterios, violaciones y en resumen hacen todo lo contrario de lo que la higiene mental prescribe y no hay un organismo que controle a los programas antisociales, antiéticos y antijurídicos.

CAPITULO VIII  
PROBLEMA DEL TRATAMIENTO, REHABILITACION Y  
REINSERCIÓN SOCIAL EN EL REGLAMENTO DE  
LA LEY 1008 (Continuación).

A.-El Art.41 y otra disposición acertada del Decreto Supremo 00099, que dispone que en cada Comunidad Educativa (Escuela, Colegio, Universidad....etc.), se organizará una comisión interdisciplinaria con la participación de docentes y padres de familia y en coordinación con los comités de prevención departamentales para la promoción y difusión del conocimiento integral del fenómeno del uso indebido de drogas y su tratamiento.

B.-El Art.42 que también es aconsejable por su inclusión prescribe que los Institutos de tratamiento y rehabilitación estarán bajo control y supervisión del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

C.-Art.43. Las Unidades Sanitarias del País estarán encargadas de la Supervisión del funcionamiento de los Centros de Tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

D.-Art.44. El Artículo 44 se refiere a los Tribunales Tutelares y expresa que: Cuando disponga la internación obligatoria de menores para su tratamiento , rehabilitación en centros especializados de salud, atendidos por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, los

aspectos sociales serán atendidos por los organismos competentes.

A este artículo debemos hacer las siguientes aclaraciones: Primero pensamos que se trata de menores, como no lo dice la reglamentación se supone que son menores de edad y de acuerdo al cómputo civil, menores de 21 años; por que la misma ley de un tratamiento especial a los menores de 16 años, tal como la misma reglamentación indica en el Art. 47 que se estudiará.

E.-(Art.45) La Junta Nacional de Solidaridad y Desarrollo Social mediante el órgano de protección de menores definirá y ejecutará políticas de rehabilitación para menores farmacodependientes en coordinación con el Consejo Nacional de Prevención y Rehabilitación.

F.-Art.46.-Se creará centros departamentales de rehabilitación para menores farmacodependientes, cuyo funcionamiento se sujetará a normas establecidas por el Consejo Nacional de Prevención y Rehabilitación.

Esta norma crea los Centros departamentales destinados a la rehabilitación o, como utiliza las Naciones Unidas, preferiblemente el término "Reinserción Social" para menores de edad que sean farmacodependientes, cuyo funcionamiento se sujetará a normas establecidas por el Consejo Nacional de Prevención y rehabilitación

G.-Art.47.-Los menores de 16 años que incurran en hechos calificados como delitos tipificados en la Ley 1008, serán sometidos a tratamiento que disponga la autoridad especializada llamada por Ley.

Este Artículo tiene dos vertientes: primero que se refiere a los menores de 16 años que incurran en hechos calificados como delitos tipificados en la Ley 1008; existiendo un olvido imperdonable de parte del legislador y reglamentador de la Ley 1008, por cuanto se han olvidado de que el artículo 20 del Código Penal (CP) el primer inciso de: En cuanto a las personas), establece que sus disposiciones se aplicarán a las personas que en el momento del hecho fueren mayores de 16 años, lo que en derecho Penal significa que los menores de 16 años no pueden cometer delitos ni culpas por ser considerados inimputables, la otra vertiente constituye la ambigüedad de la disposición legal cuando expresa que, "serán sometidos a tratamiento que disponga la autoridad especializada llamada por Ley.

H.-Art.48.-Los contenidos y métodos de la información preventiva, deben basarse en el conocimiento de la realidad nacional en relación al problema del uso indebido de drogas y a las recomendaciones de la Organización de Naciones Unidas y sus agencias especializadas.

El reglamento da como pauta de que el contenido y la metodología informativa de carácter preventivo se basarán en el verdadero conocimiento de la realidad nacional relacionada con el problema del uso indebido de drogas de acuerdo a las recomendaciones de la Organización de Naciones Unidas y de sus agencias especializadas.

I.-Art.49.-La información relacionada con los problemas de tráfico ilícito y consumo indebido de drogas debe ajustarse a las normas de ética periodística, tendiendo a la educación preventiva y evitando la distorsión de los hechos y valores. Los infractores serán sancionados conforme al Art. 79 de la Ley 1008.

El Art.79 de la Ley 1008, se refiere a la apología del delito, cuya descripción es la que sigue: "Los que de manera tendenciosa, falsa o sensacionalista hicieren por cualquier medio, pública apología de un delito o de una persona procesada o condenada por narcotráfico, serán sancionados con dos a cinco años y dos mil a cuatro mil días multa

Este Artículo tiene estrecha relación con la tipificación del Art. 131 del Código Penal, Capítulo III del Título I, del Libro 2o o parte especial del Código Penal, cuyo núcleo del Art. 131 bajo el nombre jurídico "Apología Pública de un Delito" indica que incurrirá en reclusión de un mes a un año el que hiciere públicamente la apología de un delito o de una persona condenada. Apología

quiere decir defensa de un delito o de una persona condenada; entendiéndose que de la apología de una persona condenada no deben responder los abogados por la esencia misma de su profesión. Significa este artículo que la problemática del tráfico ilícito y del consumo indebido de drogas debe ajustarse a las normas de ética periodística y, debía añadir a la deontología o deberes de los periodistas para evitar distorsionar sucesos y conductas axiológicas y también tender a la educación preventiva bajo la pena de incurrir en el delito de apología del delito.

J.-Art.50.-Los medios de comunicación Social difundirán mensajes educativos-preventivos, de acuerdo a lo establecido en el segundo párrafo del Art. 142 de la Ley 1008, o sea que el Consejo Nacional contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas reglamentará la realización de programas, campañas y el uso gratuito de los medios masivos de comunicación en el marco de estas políticas.

K.-Art.51.-Se prohíbe la difusión pública de información, donde figuren menores de edad y de su identidad en hechos relacionados con actividades del tráfico o consumo de drogas.

Este Artículo tiene relación con las prohibiciones pertinentes del Código del Menor y que se funda, en fin de cuentas, en la defensa de la dignidad de los menores de edad.

CAPITULO IX  
CONVENCION DE VIENA

1.-Consideraciones Preliminares.

Las partes, en la presente Convención, profundamente preocupadas por la magnitud y la tendencia creciente de la producción, la demanda y el tráfico ilícitos de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, que representan una grave amenaza para la salud y el bienestar de los seres humanos y menoscaban las bases económicas, culturales y políticas de la sociedad,

Profundamente preocupadas asimismo por la sostenida y creciente penetración del tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas en los diversos grupos sociales y particularmente, por la utilización de niños en muchas partes del mundo como mercado de consumo y como instrumentos para la producción, la distribución y el comercio ilícitos de estupefacientes y sustancias psicotrópicas lo que entraña un peligro de gravedad incalculable.

Reconociendo los vínculos que existen entre el tráfico ilícito y otras actividades delictivas organizadas relacionadas con él, que socaban las economías lícitas y amenazan la estabilidad, la seguridad y la soberanía de los Estados,

Reconociendo también que el tráfico ilícito es una actividad delictiva internacional cuya

supresión exige urgente atención y la más alta prioridad. Conscientes de que el tráfico ilícito genera considerables rendimientos financieros y grandes fortunas que permiten a las organizaciones delictivas transnacionales invadir, contaminar y corromper las estructuras de la Administración Pública, las actividades comerciales y financieras lícitas y la Sociedad a todos sus niveles,

Decididas a privar a las personas dedicadas al tráfico ilícito del producto de sus actividades delictivas y eliminar así su principal incentivo para tal actividad, Deseosas de eliminar las causas profundas del problema del uso indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, comprendida la demanda ilícita de dichas drogas y sustancias y las enormes ganancias derivadas del tráfico ilícito, Considerando que son necesarias medidas de control con respecto a determinadas sustancias, como los precursores, productos químicos y disolventes, que se utilizan en la fabricación de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, y que, por la facilidad con que se consiguen, han provocado un aumento de la fabricación clandestina de esa drogas y sustancias.

Decididas a mejorar la cooperación Internacional, para la supresión del tráfico ilícito por mar. Reconociendo que la erradicación del tráfico ilícito es responsabilidad colectiva de todos los estados y que, a ese fin, es necesaria una acción coordinada en el marco de la cooperación internacional.

Reconociendo también la competencia de las Naciones Unidas en materia de fiscalización de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y deseando que los órganos internacionales relacionados con esa fiscalización actúen dentro del marco de las Naciones Unidas.

Reafirmando los principios rectores de los tratados vigentes sobre fiscalización de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y el sistema de fiscalización que establecen.

Reconociendo la necesidad de fortalecer y complementar las medidas previstas en la Convención Unica de 1961 sobre estupefacientes, en esa Convención enmendada por el Protocolo de 1972 de modificación de la Convención Unica de 1961 sobre estupefacientes y en el Convenio sobre sustancias psicotrópicas de 1971, con el fin de enfrentarse a la magnitud y difusión del tráfico ilícito y sus graves consecuencias.

Reconociendo también la importancia de robustecer e intensificar medios jurídicos eficaces de cooperación internacional en asuntos penales para suprimir las actividades delictivas internacionales de tráfico ilícito.

Deseosas de concertar una convención internacional que sea un instrumento completo, eficaz y operativo, específicamente dirigido contra el tráfico ilícito, en la que se tomen en cuenta diversos aspectos del problema en su conjunto, en

particular los que estén previstos en los tratados vigentes en la esfera de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Conviene en lo siguiente:

## 2. Definiciones.

### Artículo 1.- Definiciones.

Salvo indicación expresa en contrario, o que el contexto haga necesaria otra interpretación, las siguientes definiciones, se aplicarán en todo el texto de la presente Convención:

a) Por "Junta" se entiende la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y establecida por la Convención Unica de 1961 sobre estupefacientes y en esa Convención enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Unica de 1961 sobre estupefacientes;

b) Por "Planta de cannabis" se entiende toda planta del género Cannabis;

c) Por "arbusto de coca" se entiende la planta de las especies del género Erythroxylon;

d) Por "transportista comercial" se entiende una persona o una entidad pública, privada o de otro tipo dedicada al transporte de personas, bienes o correo a título oneroso.

e) Por "Comisión" se entiende la Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas;

f) Por "decomiso" se entiende la privación de carácter definitivo de algún bien por decisión de un tribunal o de otra autoridad competente;

g) Por "entrega vigilada" se entiende la técnica consistente en dejar que remesas ilícitas o sospechosas de estupefacientes, sustancias sicotrópicas, sustancias que figuran en el Cuadro I o el Cuadro II anexos a la presente Convención o sustancias por las que se haya sustituido las anteriormente mencionadas, salgan del territorio de uno o más países, lo atraviesen o entren en él, con el conocimiento y bajo la supervisión de sus autoridades competentes, con el fin de identificar a las personas involucradas en la comisión de delitos tipificados de conformidad con el párrafo 1 del artículo 3 de la presente Convención;

h) Por "Convención de 1961" se entiende la Convención Unica de 1961 sobre Estupefacientes;

i) Por "Convención de 1961 en su forma enmendada" se entiende la Convención Unica de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Unica sobre Estupefacientes;

j) Por "Convenio de 1971" se entiende el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971;

k) Por "Consejo" se entiende el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas;

l) Por "embargo preventivo" o "Incautación" se entiende la prohibición temporal de transferir, convertir, enajenar o mover bienes, o la custodia o el control temporal de bienes por mandamiento expedido por un tribunal o por una autoridad competente;

m) Por "Tráfico ilícito" se entiende los delitos enunciados en los párrafos 1 y 2 del artículo 3 de la presente Convención.

n) Por "estupefaciente" se entiende cualquiera de las sustancias, naturales o sintéticas, que figuran en la Lista I o la Lista II de la Convención Unica de 1961 sobre Estupefacientes y en esa Convención enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Unica de 1961 sobre Estupefacientes;

o) Por "adormidera" se entiende la planta de la especie Papaver somniferum L.;

p) Por "producto" se entiende los bienes obtenidos o derivados directa o indirectamente de la comisión de un delito tipificado de conformidad con el párrafo 1 del artículo 3;

q) Por "bienes" se entiende los activos de cualquier tipo, corporales o incorporeales, muebles o raíces, tangibles o intangibles, y los documentos

o instrumentos legales que acrediten la propiedad u otros derechos sobre dichos activos;

r) Por "sustancia sicotrópica" se entiende cualquier sustancia, natural o sintética, o cualquier material natural que figure en las Listas I, II, III, IV del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971;

s) Por "Secretario General" se entiende el Secretario General de las Naciones Unidas;

t) Por "Cuadro I" "Cuadro II" se entiende la lista de sustancias que con esa numeración se anexa a la presente Convención, enmendada oportunamente de conformidad con el Artículo 12;

u) Por Estado de tránsito" se entienbde el Estado a través de cuyo territorio se hacen pasar estupefacientes, sustancias sicotrópicas y sustancias que figuran en el cuadro I y el Cuadro II, de carácter ilícito, y que no es el punto de procedencia ni el de destino definitivo de esas sustancias;

### 3. Delitos y Sanciones.

#### Artículo 3.- Delitos y sanciones.

1. Cada una de las partes adoptará las medidas que sean necesarias para tipificar como delitos penales en su derecho interno, cuando se cometan intencionalmente:

a) I) (Producción, fabricación, extracción y preparación)

La producción, la fabricación, la extracción, la preparación, la oferta para la venta, la distribución la venta, la entrega en cualesquiera condiciones, el corretaje, el envío, el envío en tránsito, el transporte, la importación o exportación de cualquier estupefaciente o sustancia psicotrópica en contra de lo dispuesto en la Convención de 1961, en la Convención de 1961 en su forma enmendada o en el Convenio de 1971;

II) (Cultivo) El cultivo de la adormidera, el arbusto de coca o la planta de cannabis con el objeto de producir estupefacientes en contra de lo dispuesto en la Convención de 1961 y en la Convención de 1961 en su forma enmendada;

III) (Posesión o adquisición). La posesión o adquisición de cualquier estupefaciente o sustancia psicotrópica con objeto de realizar cualquiera de las actividades enumeradas en el precedente apartado I );

IV) (Fabricación, transporte y distribución de precursores).

La fabricación, el transporte o la distribución de equipos, materiales o de las sustancia enumeradas en el cuadro I y el cuadro II, habiéndose de que van a utilizarse en el cultivo, la producción o la fabricación ilícitos de estupefacientes o sustancia psicotrópicas o para dichos fines;

V) (Organización, Gestión y financiación) La organización, la gestión o la financiación de alguno de los delitos enumerados en los precedentes apartados I), II), III), o IV);

b) I) (Conversión o transferencia de bienes procedentes de los delitos del Art.3) La conversión o la transferencia de bienes ha sabiendas de que tales bienes proceden de alguno o algunos de los delitos tipificados de conformidad con el Inc.a) del presente párrafo, o de un acto de participación en tal delito o delitos, con objeto de ocultar o encubrir el origen ilícito de los bienes o de ayudar a cualquier persona que participe en la comisión de tal delito o delitos o eludir las consecuencias jurídicas de sus acciones;

II) (Ocultación, Encubrimiento) La ocultación o el encubrimiento de la naturaleza, el origen, la ubicación, el destino, el movimiento o la propiedad real de bienes, o de derechos relativos a tales bienes, a sabiendas de que proceden de alguno o algunos de los delitos tipificados de conformidad con el inciso a) del presente párrafo o de un acto de participación en tal delito o delitos.;

c) A reserva de sus principios constitucionales y a los conceptos fundamentales de su ordenamiento jurídico:

I) (Adquisición, posesión o utilización de Bienes) La adquisición, la posesión o la utilización de bienes, a sabiendas, en el momento de

recibirlos, de que tales bienes proceden de alguno o algunos de los delitos tipificados de conformidad con el inciso a) del presente párrafo o de un acto de participación en tal delito o delitos;

II) (Posesión de equipos o materiales de los Cuadros I) y II) La posesión de equipos o materiales o sustancias enumeradas en el cuadro I y el cuadro II, a sabiendas de que se utilizan o se habrán de utilizar en el cultivo, la producción o la fabricación de estupefacientes o sustancias sicotrópicas o para tales fines;

III) (Instigación o inducción) Instigar o inducir públicamente a otros, por cualquier medio, a cometer alguno de los delitos tipificados de conformidad con el presente artículo o a utilizar ilícitamente estupefacientes o sustancias sicotrópicas;

IV) (Participación Criminal) La participación en la comisión de alguno de los delitos tipificados de conformidad con lo dispuesto en el presente artículo, la asociación y la confabulación para cometerlos, la tentativa de cometerlos, y la asistencia, la incitación, la facilitación o el asesoramiento en relación con su comisión.

2.-A reserva de sus principios constitucionales y a los conceptos fundamentales de su ordenamiento jurídico, cada una de las partes adoptará las medidas que sean necesarias para tipificar como delitos penales conforme a su derecho interno.

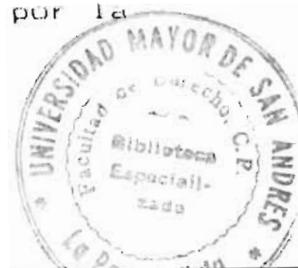
cuando se cometan intencionalmente, la posesión, la adquisición o el cultivo de estupefacientes o sustancias sicotrópicas para el consumo personal en contra de lo dispuesto en la Convención de 1961, en la Convención de 1961 en su forma enmendada o en el Convenio de 1971.

3.-El conocimiento, la intención o la finalidad requeridos como elementos de cualquiera de los delitos enunciados en el párrafo 1 del presente artículo podrán inferirse de las circunstancias objetivas del caso.

4.- a) Cada una de las partes dispondrá que por la Comisión de los delitos tipificados de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo se apliquen sanciones proporcionadas a la gravedad de esos delitos, tales como la pena de prisión u otras formas de privación de libertad, las sanciones pecuniarias y el decomiso.

b) Las partes podrán disponer, en los casos de delitos tipificados de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo, que, como complemento de la declaración de culpabilidad o de la condena, el delincuente sea sometido a medidas de tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación o reinserción social.

c) No obstante lo dispuesto en los incisos anteriores, en los casos apropiados de infracciones de carácter leve, las partes podrán sustituir la declaración de culpabilidad o la condena por la



aplicación de otras medidas tales como las de educación, rehabilitación o inserción social, así como, cuando el delincuente sea un toxicómano, de tratamiento y postratamiento.

d) Las partes podrán, ya sea a título sustitutivo de la declaración de culpabilidad o de la condena por un delito tipificado de conformidad con el párrafo 2 del presente artículo o como complemento de dicha declaración de culpabilidad o de dicha condena, disponer medidas de tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación o reinserción social del delincuente.

5.-Las partes dispondrán lo necesario para que sus tribunales y demás autoridades jurisdiccionales competentes puedan tener en cuenta las circunstancias de hecho que den particular gravedad a la comisión de los delitos tipificados de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo, tales como:

a) La participación en el delito de un grupo delictivo organizado del que el delincuente forma parte;

b) La participación del delincuente en otras actividades delictivas internacionales organizadas;

c) La participación del delincuente en otras actividades ilícitas cuya ejecución se vea facilitada por la comisión del delito;

d) El recurso a la violencia o el empleo de armas por parte del delincuente;

e) El hecho de que el delincuente ocupe un cargo público y de que el delito guarde relación con ese cargo;

f) La victimización o utilización de menores de edad;

g) El hecho de que el delito se haya cometido en establecimientos penitenciarios, en una institución educativa o en un centro asistencial o en sus inmediaciones o en otros lugares a los que escolares y estudiantes acudan para realizar actividades educativas, deportivas y sociales

h) Una declaración de culpabilidad anterior, en particular por delitos análogos, por tribunales extranjeros o del propio país, en la medida en que el derecho interno de cada una de las partes le permita.

6.-Las partes se esforzarán por asegurarse de que cualesquiera facultades legales discrecionales, conforme a su derecho interno, relativas al enjuiciamiento de personas por los delitos tipificados de conformidad con lo dispuesto con el presente artículo, se ejerza para dar la máxima eficacia a las medidas de detección y represión respecto de esos delitos teniendo debidamente en cuenta la necesidad de ejercer un efecto disuasivo en lo referente a la comisión de esos delitos.

7.-Las partes velarán por que sus tribunales o demás autoridades competentes tengan en cuenta la gravedad de los delitos enumerados en el párrafo 1 del presente artículo y las circunstancias enumeradas en el párrafo 5 del presente artículo al considerar la posibilidad de conceder la libertad anticipada o la libertad condicional a personas que haya sido declaradas culpables de alguno de esos delitos.

8.-Cada una de las partes establecerá, cuando proceda en su derecho interno un plazo de prescripción prolongado dentro del cual se pueda iniciar el procesamiento por cualquiera de los delitos tipificados de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo. Dicho plazo será mayor cuando el presunto delincuente hubiese eludido la administración de justicia.

9.-Cada una de las partes adoptará medidas adecuadas, conforme a lo previsto en su propio ordenamiento jurídico, para que la persona que haya sido acusada o declarada culpable de alguno de los delitos tipificados de acuerdo con el párrafo 1 del presente artículo, que se encuentren en territorio de dicha parte, comparezca en el proceso penal correspondiente.

10.-A los fines de la cooperación entre las partes prevista en la presente Convención, en particular la cooperación prevista en los artículos 5, 6, 7 y 9, los delitos tipificados de conformidad con el presente Artículo, no se considerarán como delitos

fiscales o como delitos políticos ni como delitos políticamente motivados, sin perjuicio de las limitaciones constitucionales y de los principios fundamentales del Derecho Interno de las Partes.

11.-Ninguna de las disposiciones del presente artículo afectará al principio de que la tipificación de los delitos a que se refiere o de las excepciones alegables en relación con éstos queda reservada al derecho interno de las Partes y de que esos delitos han de ser enjuiciados y sancionados con arreglo a lo previsto en ese Derecho.

## CONCLUSIONES

De la formulación de la anterior tesis tenemos que indicar más o menos numéricamente las siguientes consecuencias y al mismo tiempo recomendaciones que nos permitimos formular a la Tesis., como se encuentra históricamente el problema de la drogadicción y el problema del consumo de droga por consiguiente son datos reveladores los que la prensa actual ha captado últimamente respecto de los medios mundiales de represión del tráfico de drogas.

La reunión de expertos en Roma, por ejemplo, ha indicado sin lugar a dudas que Bolivia produce unos cuatro mil millones de dólares en derivados de la coca, de ese dinero dicen quedan trescientos y quinientos millones de dólares y los campesinos reciben sólo el diez por ciento. Señala que si narcotraficantes decidieran liquidar con dinero la deuda "contante y sonante" la deuda externa boliviana y colombiana, "terminaría la circulación constante de dinero" y vendría "a crearse una crisis de alcances imprevisibles en todo el sistema financiero mundial". Esta es una nota de alarma que nos sirve para dar inicio a las conclusiones y recomendaciones sobre el problema de la drogadicción que es el directamente derivado del narcotráfico.

Las cifras que hemos citado se refieren al narcotráfico, ahora tenemos que considerar tres posibilidades para hacer conclusiones de la Tesis.

La imposibilidad en que se encuentran aún las naciones desarrolladas como Estados Unidos de Norteamérica para prevenir el narcotráfico y la drogadicción. En Bolivia se ha dado una señal de alarma que ha sido discutida y es discutida por un partido político jefaturizado por el Dr. Romeo Ju Natalé que proponía la licitud o legalidad del comercio y aún del consumo de cocaína, esto ha sido sumamente criticado en Bolivia y también en el extranjero pero hace más o menos una semana atrás o sea a fines del mes de marzo del año en curso; un grupo de senadores de EE.UU. han propiciado y han sugerido la vigencia legal y despenalización de ciertas sustancias que son refutadas peligrosas por las leyes internacionales y la ilicitud del consumo de drogas, como se trata de un aspecto realmente importante que debe pronunciarse en nuestra Tesis, sobre qué política criminal debe adoptar nuestro gobierno que es el más interesado por combatir el narcotráfico y por consiguiente en disminuir la drogadicción; nos vamos a basar en esta última reunión que es desde luego posterior en más o menos tres meses a la Convención en Viena, donde Bolivia ha sido el país que se hizo cargo de dirigir todas las alternativas de la discusión, allí tenemos por ejemplo lo siguiente como premisa para nuestra conclusiones y una premisa que tiene el valor de ser actual, y que es la última que no puede ser rebasada por ningún conocimiento científico: La posición de los países latinoamericanos productores de coca (se sostiene en Roma), o sea el Ecuador, Colombia, Perú y Bolivia, es diferente de los países industrializados, consumidores de cocaína dijo a EFE

en Roma Anthony Henman, antropólogo y miembro del Consejo Estatal sobre Estupefacientes de San Pablo (Brasil).

Henman, profesor de la Universidad de Campinas (San Pablo), participa en el Congreso de fundación de la "Liga Internacional Antiprohibicionista sobre las Drogas" o sea una liga que se opone a la prohibición del consumo de drogas, en resumen se sostiene en la Tesis radicalmente opuesta y contraria a la política que constantemente han seguido todos los países de penalizar incluso el consumo de drogas, de considerar que es un problema de higiene mental. Estas discusiones han sido promovidas por la Coordinadora Radical Italiana (CORA).

Junto al boliviano José Mirttenbaum, antropólogo y sociólogo, asesor de la Comisión Nacional para la Coca (integrada por la Federación Campesina y la Central Obrera Boliviana), y la criminóloga venezolana Doña Rosa del Olmo, profesora e la Universidad Central de Caracas, Henman participó de una reunión realizada por EFE para clarificar la posición de los países latinoamericanos productores de coca en los que se refiere al antiprohibicionismo.

"Tenemos que desmitificar dice, una visión ortodoxa que existe sobre el funcionamiento de la economía de la droga" según dijo Henman.

Señaló en ese sentido que, según la "visión ortodoxa" (o sea visión realista, verdadera), hay "una mafia que la explota (la economía de la droga y que corrompe a las instituciones de los países productores).

Agregó que existe, sin embargo, "una visión alternativa, según la cual lo que corrompe las instituciones es la guerra desencadenada por la intervención extranjera (estadounidense concretamente) no solo en la Policía y Ejércitos de los diversos países en que actúa, sino incluso en los Ministerios de Sanidad y Educación".

Según los participantes en el foro, "es necesario distinguir varias categorías: En primer lugar la de los países productores y la de los consumidores, luego la de la toxicodependencia de la producción de la hoja de coca", o sea el segundo problema sería la narcoddependencia o toxicodependencia concretamente al trabajo que estamos elaborando y que ya hemos concluido sobre la reducción en lo posible del problema del consumo. Y, por fin, y sobre todo. "a dónde va la campaña represiva que estados Unidos está imprimiendo, directamente a través de organismos internacionales.

Mirtenbaum que es el representante boliviano, explicó que para Estados Unidos se trata, sobre todo, de "un cambio de vector" de los inmensos capitales que mueve la producción y comercialización de la coca.

Señaló en ese sentido que Bolivia produce aproximadamente cuatro mil millones de dólares anuales en productos derivados de la hoja de coca y que, "de ese dinero queda en Bolivia entre trescientos y quinientos millones de dólares, de los cuales llega a los campesinos que la cultivan un diez por ciento."

A Estados Unidos, dijo, "le interesa cambiar el vector de acumulación de ese capital", de modo que no beneficie directamente a los países que lo producen.

La criminóloga Doña. Rosa del Olmo subrayó que según datos de la real Policía Montada Canadiense, California "se ha convertido en el primer productor y exportador mundial de marihuana", después de que EE.UU lograra eliminar del mercado la producción mexicana y gran parte de la colombiana, con "métodos represivos tradicionales".

Respecto a la política de los "cultivos sustitutivos", Henman dijo que "no funciona porque ningún producto puede sustituir el valor económico de la coca", y agregó que, en cambio y en todo caso, debería ponerse en marcha una "sustitución de la economía de la coca", lo cual significaría "dar precios preferenciales al maíz y al algodón, por ejemplo".

Se ofrece a los campesinos, subrayó Doña Rosa del Olmo, "cambiar la coca con semillas y son tres veces más caras que la coca, y que además necesitan

fertilizantes y otros productos químicos que hay que comprar".

Para esta política propuesta por organismos independientes de Naciones Unidas, como la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), tuviera éxito habría que "cambiar todo el sistema económico mundial", puntualizó el representante boliviano.

Ese cambio de sistema se logrará "eliminando las barreras arancelarias y el proteccionismo, de tal modo que la exportación de estos productos adquiriera un sentido práctico y concreto para los países que actualmente viven de la hoja de coca" agregó. Por lo demás "las compensaciones prometidas a los campesinos que voluntariamente han sustituido sus cultivos no se han cumplido". Se podría "fomentar todos los cultivos alternativos de coca, desde el té, el mate de coca y el jarabe, hasta la creación de una política de información que dejara bien claro que a diferencia de la cocaína, masticar la hoja, para quien necesita estimularse con alcaloides, no es dañino" señaló. La dependencia, según Henman es la misma crea el café.

Para los participantes del encuentro, detrás de la "política represiva, existe un " interés muy concreto en mantener la lógica de guerra a la droga. En ese sentido se preguntaron lo que ocurriría "si los narcotraficantes decidieran liquidar, con dinero contante y sonante, la deuda externa boliviana, que

asciende a cinco mil millones de dólares y también la colombiana que es más pequeña". Con ello terminaría la circulación contante y sonante de dinero que países como Bolivia y Colombia pagan por lo menos veinte veces (pago que les obliga a contraer una nueva deuda) y vendría a crearse una crisis de alcances imprevisibles en todo el sistema financiero mundial", coincidieron en señalar los intervinientes en la reunión.

Efectos similares podría tener la legislación de la producción y exportación de hoja de coca, una actividad que, aseguraron, o convertiría a los países productores en grandes potencias económicas, y esto, según indicaron, "no hay demasiado interés internacional".

A esto debemos hacer una crítica, no al fondo sino a las expresiones de Henman, porque la dependencia de la coca, es la misma que la crea el café, en realidad no es el problema de la dependencia a la sustancia misma, sino la drogadicción que nace y se desarrolla por las modificaciones químicas y farmacéuticas que se dan a los productos extraídos como en este caso nuestro de la hoja de coca, ya que si por ejemplo creáramos una droga en base a cafeína, también tendría peligros pero siempre menores a los que produce la cocaína, ya que también en los efectos bioclínicos de la coca son muy distintos a los del café, el café es muchísimo más tolerable para el organismo humano; y sobre el café hay dos teorías que están bien asentadas, hay personas a las cuales el café las

despierta, las hace entrar en una etapa energética y hay personas a las cuales el café les causa sueño y hasta lo utilizan como una especie de nebutal líquido.

De esta exposición, que es la última, deducimos que la política que debe emprender el gobierno nacional, es una política eminentemente dirigida a la expansión de las ideas en contra del narcotráfico primero y de la drogadicción después, en realidad, si tomamos el problema desde el punto de vista que es el referido a la lucha eficaz contra el narco consumo o afición a las drogas; lógico es que tengamos que dedicarnos a su fuente principal y creadora, de donde se genera todo lo que es el narcotráfico, pero en materia específica de lucha contra la drogadicción estrictamente en Bolivia fallan tres cosas importantes que las vamos a enumerar:

Primero.- Una política de higiene mental moderna, capaz, de carácter clínico que dependa de una Dirección de Higiene Mental del Ministerio de Salud Pública, dirección que en nuestra Tesis propiciamos sea creada con carácter de urgencia por cuanto esa Dirección de Higiene Mental tiene que abordar científicamente todos los problemas de la drogadicción, que vienen en muchos casos del contagio mental que sucede de una persona drogadicta al centro vital en que está actuando, por consiguiente tiene mucha importancia la creación de un Instituto de Higiene Mental dirigido a combatir

*Exposición  
necesarios  
el Estado*

primero en exclusivo lugar toda la problemática de tipo sanitario o de sanidad de la droga.

segundo.- Lo que debe hacerse urgentemente es reforzar la política hospitalaria para crear nuevos centros clínicos de recuperación para que los que han caído en el flagelo de la drogadicción, existe ahora la clínica dependiente de la Dirección de Lucha Contra el Narcotráfico, esa clínica resulta insuficiente, se deben crear en cada departamento, haciendo el mayor esfuerzo posible, hospitales especiales de carácter psiquiátrico de rehabilitación de drogadicción.

Tercero.- Evidentemente debemos llegar en esta Tesis a la conclusión de que el Estado debe propiciar una serie de actuaciones publicitarias con carácter coercitivo, comenzando de la estación emisora de televisión estatal (canal 7) y con todos los que existen en el ámbito del territorio de Bolivia: el Estado debe dictar una ley o instrumento legal en virtud del cual estén obligados a pasar como mínimo una hora diaria, gratuitamente, propaganda contra las drogas, inclusive con casos patéticos que ocurren en nuestra realidad, como un antecedente en particular de un joven boliviano adicto que fue traído desde México, en virtud del convenio que existe con ese país, dicho joven gracias a los consejos y persuasión de su abogado se sometió a un tratamiento terapéutico de desintoxicación y es ahora un pequeño industrial que dá trabajo a los presos; este tipo de programas son beneficiosos en la lucha contra la adicción, es

Política  
institucional  
Lucha contra  
drogas, etc.

decir utilizar la persuasión, tendrían que existir consejeros como en el caso de alcohólicos anónimos, que se dediquen a dictar charlas por todos los medios de comunicación. Creemos que el Estado en forma impositiva, debe utilizar los medios televisivos, también recurrir a la prensa escrita, conferencias, transmitir vivencias reales, verídicas, claro está manteniendo reservas, como la identidad, etc.

Desde el punto de vista pedagógico, debemos hacer que tanto las cátedras de criminología, Medicina Legal y Derecho Penal tengan un apéndice obligatorio que trate de las consecuencias, de las toxicomanías, concretamente de la adicción a los narcóticos, a las sustancias psicotrópicas y muy particularmente al consumo de cocaína, también en Bolivia la marihuana.

*Cordinación institucional*

En la legislación boliviana, respecto al narcotráfico y al consumo de sustancias peligrosas, debemos señalar como un instrumento notable, fuera de la actuación que Bolivia ha tenido internacional y mundialmente en la Conferencia última de diciembre en Viena y cuyos acuerdos tiene que ser ratificados por el gobierno boliviano, en la Ley 1008 debemos destacar la bondad del Título 79 que trata precisamente de la rehabilitación y reinserción social, con cuyo contenido estamos de perfecto acuerdo más del añadido de las tres partes principales de nuestras conclusiones, o sea la creación de una Dirección de Higiene Mental y clínicas para estos casos, después también la

*Complementación académica*

*psicología*

*Complementación institucional y administrativa*

*Ojo*  
✓

ampliación de la política de educación formal y no formal y de la información y comunicación en materia de drogas y la propaganda que se haga en cuanto al servicio en realidad hospitalario para la readaptación social de esta clase de individuos que han caído bajo el factor del consumo de drogas, en realidad en el artículo 136 sobre institutos de tratamiento en dependencia química o farmacodependencia, se anota el problema pero no se como en la conclusión de la tesis, respecto a lo que hay que hacer; igualmente cuando se habla de los niños y de la educación formal y de la educación no formal, en todo estamos de acuerdo, también en la información y comunicación en materia de drogas, todo esto tiende precisamente a la reincorporación social; nos faltaría aditar lo siguiente: referente al Art. 139 a los menores de 16 años habría que internarlos en clínicas especiales para menores de esa edad y hacer un estudio especial psicopatológico de esa edad, o sea es ya una cuestión de criminología generacional o vital que debe aplicarse a una clínica especializada para los menores que sean drogadictos y que no tengan menos de 16 años, así quedarían realmente completas las conclusiones, teniendo además en cuenta que una vez expedido el decreto o ley se ha tenido que volver atrás para aclarar ciertos capítulos y el que más se ha aclarado y en perfecto orden de acuerdo a la ciencia moderna de la criminología, es el Título 7º sobre el tratamiento y reinserción social que hemos estudiado en nuestra tesis y que abarca del Art. 35 hasta el Art. 51 inclusive o sea una gran parte del Decreto Supremo Nº 22099.

## BIBLIOGRAFIA

1. HYDE, Margaret C, "Drogas alternadoras de la mente "Mexico, 1a. Ed. Junio 1973. Trad. René Cárdenas Barrios. Edit. Diana S.A. Imp. en Mexico. Título Original "MIND DRUGS" Imp. Mc Graw-Hill Book Company.
2. BITAR DE FERNANDEZ, Victoria, "Drogadicción manual para el desarrollo de programas de prevención primaria" Ed. Aguila. Imp. Talleres Gráficos San José. Buenos Aires-Argentina.
3. NACIONES UNIDAS. "Boletín de micro noticias CEPAL" Naciones Unidas. 1988. Santiago,Chile.
4. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA FISCALIZACIÓN DEL USO INDEBIDO DE DROGAS, "Folleto de UNFDAC", Mayo 1981, Imp. Suiza.
5. DIRECCION NACIONAL DE CONTROL DE SUSTANCIAS PELIGROSAS, Folleto "Drogas y Prevención", Publicación Departamento Educativo Preventivo de Farmacodependencia.
6. CAMPAÑA DE EDUCACION SOBRE ESTUPEFACIENTES "Padres e hijos contra el consumo de drogas", Folleto publicación de CESE, Trad. de la pub. en inglés: "Parents: What you can do about drugs abuse".

7. DIRECCION NACIONAL DE CONTROL DE SUSTANCIAS PELIGROSAS, Folleto "Prevención en producción, elaboración y narcotráfico", Publicación de Farmacodependencia. Imp. Talleres Dir. Nal Control Sustancias Peligrosas.
8. NEUMAN, Flías, "Droga y Criminología" Editorial Galache. Imp. México. 1984.
9. VALENSI, Levy, "Manual de psiquiatría", Salvat Editores, S.A. Barcelona-España.
10. HURTADO GUMUCIO, Jorge, "Cocaína: en busca del paraíso perdido" Santa Cruz-Bolivia 1987.
11. BOLIVIA, "Ley del Régimen de la Coca y Sustan Sustancias Controladas", Ley Nº 1008, Gaceta Oficial de Bolivia, año XVIII Nº 1558, Pub. 22 Julio 1988 La Paz.
12. BOLIVIA, "Reglamento de la Ley 1008 sobre Régimen de la Coca y Sustancias Controladas" Decreto Supremo Nº 22099, Gaceta oficial de Bolivia, año XXVIII Nº 1677, Aprobado 28 de Diciembre de 1988. La Paz.
13. BOLIVIA, Código Penal boliviano, Empresa Editora "Urquiza S.A." La Paz-Bolivia. 1982.

14. CONVENCION DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA EL TRAFICO ILICITO DE ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS PSICOTROPICAS: Convención de Viena (Austria) diciembre 1988.
15. ESTADOS UNIDOS, "hojas de información. Administración para la ejecución de leyes sobre drogas" Departamento de Justicia de los Estados Unidos. Preparado por las oficinas de: Inteligencia, Aplicación de la Ley y Ciencia y Tecnología de la Administración para la ejecución de Leyes sobre estupefacientes.
16. ARIF, Awni, "La dependencia de las drogas y la OMS. Revista Salud Mundial.
17. MASSUN, Edith. "Marionetas en vez de drogas", publicación Revista Salud Mundial. Junio 1987.